

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

74361

GENEL SAĞLIK SİGORTASI
(TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ)

74361

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Tez Danışmanı :
Prof. Dr. Yusuf ALPER

E. Özlem ÖZÇATAL

BURSA- 1999

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

GİRİŞ	1
-------------	---

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR VE SAĞLIK HİZMETLERİ

A. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR VE SINIFLANDIRMA	4
1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	4
2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	6
2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	6
B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	7
1. Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özellikleri	7
2. Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği	8
3. Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği	8
4. Sağlık Hizmetleri Tüketiminde Talebin Belirsiz Olması Özelliği	8
5. Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği	9
6. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması Özelliği	9
7. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği	9
8. Sağlık Hizmetlerinin Pazar Şartlarına Uyumsuz Olma Özelliği	10
8.1. Hizmetin Özellikleri Yönünden	10
8.2. Pazar Ekonomisinin Özellikleri Yönünden	11
C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL UNSURLARI	11
1. Sağlık İnsangücü	11
1.1. Hekimler	12
1.2. Yardımcı Sağlık Personeli	13
2. Sağlık Hizmetleri Altyapısı	14
2.1. Hastaneler	14
2.2. İlaç	17
2.3. Tıbbi Cihaz	18
3. Mâli Kaynak Unsuru	19
3.1. Sağlık Finansman Kaynakları	19
3.1.1. Kamu Finansman Kaynakları	19
3.1.1.1. Vergi Gelirleri	19
3.1.1.2. Sosyal Sigortalar	20
3.1.2. Özel Finansman Kaynakları	21
3.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası	21
3.1.2.2. Toplumsal Finansman	22
D. SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİ İÇİNDEKİ YERİ	24
1. Sağlık Hizmetlerinin GSMH İçindeki Payının Artış Nedenleri	24
1.1. Sağlık Bilincinin Yükselmesi	24
1.2. Ortalama Hayat Süresinin Uzaması	24
1.3. Tıp Alanında Araştırma- Geliştirmeye Ayrılan Payın Artması ve Tıbbi Teknolojinin Gelişmesi	25
1.4. Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Olan Yeni Hastalıkların Ortaya Çıkması	25
2. Sağlık Hizmetlerinin GSMH İçindeki Yeri	25
E. SAĞLIK SİSTEMLERİ	30
1. Kamu Yardım Sistemi	32
2. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi	34
3. Sağlık Sigortası Sistemi	34
3.1. Sağlık Sigortası Uygulayan Ülkeler	35

3.1.1. Amerika Birleşik Devletleri	35
3.1.2. Avustralya	36
3.1.3. Kanada.....	37
3.2. Sağlık Sigortası Uygulanan Ülkelerin Genel Özellikleri.....	38
4. Sağlık Sistemlerinin Finansman Yöntemleri	39
F. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ	42
1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri.....	42
2. Norveç Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulaması	43

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİKRİNİN GELİŞİMİ

A. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM	46
1. Sağlık Hizmetleri Altyapısı.....	46
1.1. Sağlık Hizmet Birimleri.....	46
1.1.1. Sağlık Bakanlığı	48
1.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	49
1.1.3. Üniversite Hastaneleri	50
1.1.4. Diğer Kamu Kuruluşları.....	50
1.1.5. Özel Kesim	50
1.2. İlaç, Aşı ve Serum.....	51
1.3. Tıbbi Cihaz	53
2. Sağlık İnsangücü	54
3. Yönetim ve Organizasyon.....	56
4. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar	59
B. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE SAĞLIK HARCAMALARI.....	60
1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları	60
1.1. Sağlık Bakanlığı.....	61
1.2. Üniversite Hastaneleri.....	62
1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	62
1.4. Bağ-Kur	63
1.5. Emekli Sandığı.....	64
1.6. Aktif Devlet Memurları	64
1.7. Özel Sağlık Sigortaları.....	65
2. Sağlık Harcamaları	65
2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları	65
2.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları	65
2.1.2. Üniversite Hastanelerinin Harcamaları	67
2.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları	68
2.1.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları.....	68
2.1.5. T.C. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	69
2.1.6. Bakanlıkların Sağlık Harcamaları	71
2.1.7. Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin Sağlık Harcamaları	71
2.1.8. Belediyelerin Sağlık Harcamaları	71
2.2. Özel Sektör Toplam Sağlık Harcamaları	72
2.3. Toplam Sağlık Harcamaları	73
2.3.1. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı	74
2.3.2. Türkiye'de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	75
3. Finansman Alanında Mevcut Sorunlar	75
C. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİKRİNİN GELİŞİMİ	77
1. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası	77
2. Hükümetçe Hazırlanmış Rapor, Kanun Tasarıları ve Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası.....	78
2.1. 1968 Tarihli Genel Sağlık Sigortası Raporu	79
2.2. Kanun Tasarılarında Genel Sağlık Sigortası.....	80

2.2.1. 1974 Tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı.....	80
2.2.2. Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı.....	82
2.2.3. Kişisel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı	85
2.2.4. Kanun Tasarı ve Taslaklarında Ülkemiz İçin Düşünülen Genel Sağlık Sigortası Modeli	89
2.2.5. Kanun Tasarı ve Taslaklarında Ülkemiz İçin Düşünülen Genel Sağlık Sigortası Modelinde Yer Alan Aile Hekimliği	92
2.3. Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Düzenlemeler.....	94
2.3.1. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	94
2.3.2. 3816 Sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”	95
2.3.3. Yeni Bağ-Kur Yasa Değişikliği	96
D. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI İLE KAPSAMA ALINMAK İSTENEN KESİMİN ÖZELLİKLERİ.....	97
1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri	99
2. Kapsama Alınmak İstenen Kesimin Sağlık Harcamaları ve Devlet Katkısı.....	101
DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....	103
KAYNAKÇA.....	106



TABLolar

Tablo 1. Bazı Ülkelerin Onbin Nüfusa Düşen Yatak Sayıları, 1995-1997.....	15
Tablo 2. Dünyada Yeni Bulunan İlaç Sayıları.....	17
Tablo 3. OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı %	26
Tablo 4. OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon \$)	27
Tablo 5. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$).....	28
Tablo 6. Kamu Sağlık Harcamalarının Gayrisafi yurtiçi hasılaya Oranı (%).....	29
Tablo 7. Dünyadaki Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması	33
Tablo 8. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları.....	46
Tablo 9. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, 1925-1997	47
Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarının İl, İlçe Merkezlerine ve Bölgelere Göre Dağılımı, 1997	49
Tablo 11. Kurum Sağlık Tesisleri ve Yatak Sayıları	50
Tablo 12. Türkiye’de Yıllara Göre İlaç ve İlaç Hammadde İthalatı (bin ABD \$)	51
Tablo 13. Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi	54
Tablo 14. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, Uzman Hekim ve Pratisyen Hekim Sayısı	54
Tablo 15. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları	61
Tablo.16. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Devlet Bütçesine Oranı	66
Tablo.17. Sağlık Bakanlığı Kaynakları.....	66
Tablo.18. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları	67
Tablo.19. SSK Sağlık Harcamaları.....	68
Tablo.20. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları ve Dağılımı	69
Tablo.21. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları ve Dağılımı	69
Tablo.22. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	70
Tablo.23. Bakanlıkların Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	70
Tablo.24. MSB ve TSK Sağlık Harcamasının Dağılımı.....	71
Tablo.25. Belediyelerin Toplam Sağlık Harcamaları	72
Tablo.26. Toplam Özel Sektör Harcamaları.....	73
Tablo.27. Toplam Sağlık Harcamaları ve Dağılımı.....	74
Tablo.28. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı	74
Tablo.29. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	75
Tablo.30. Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları.....	96
Tablo.31. Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (bin kişi)	98
Tablo.32. Sigortasızların Yaş, Yerleşim Yeri, Gelir ve İstihdamına Göre Dağılımları	100
Tablo.32. Sigortasızların Sağlık Kuruluşu Tercihleri.....	100
Tablo.34. Sigortasızların Yıllık Ortalama Sağlık Hizmeti Kullanım Oranları.....	101
Tablo.35. Sağlıkta Devlet Sübvansiyonunun Sigortalılık ve Gelir Gruplarına Göre Dağılımı.....	102

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sağlık Sistemi ve Sağlık.....	30
Şekil 2. Sağlık Sektöründe Basit Kaynak ve Hizmet Akışı.....	40
Şekil 3. Sağlık Sektöründe Karmaşık Kaynak ve Hizmet Akışı	41
Şekil 4. Türkiye’de Kamu Sağlık Sektörünün Organizasyonu.....	57



GİRİŞ

Yirmi birinci yüzyıla girmek üzere olduğumuz bu dönemde iktisadi, sosyal ve siyasi bir olgu olarak algılanan sağlık, bütün ülkelerde çözülmesi öncelik kazanmış bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde sağlık alanında bir tarafta pahalı tıp teknolojisinin yoğunlaştığını, bir tarafta da sağlıkta giderek artan maliyetlerin yarattığı baskıyı, eşitsizlikleri görmekteyiz. Bu yüzden ülkeler sağlık sistemlerini daha fazla sorgulamakta ve kendi yapılarına uygun sistem arayışlarına girmektedirler.

Ülkemizde de sağlık sisteminin çok boyutlu sorunları bulunmaktadır. Bu sorunların başında ülkemizde sağlık güvencesinden yoksun milyonlarca insanımızın bulunması gelmektedir. Sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması arayışları, ülkemizde genel sağlık sigortası konusunu gündeme getirmiştir. En son bu konuyla ilgili olarak hazırlanan yasa tasarısı taslağı 1998 yılı içerisinde TBMM'ne sunulmuştur. Yine genel sağlık sigortası uygulaması yönünde somut bir adım daha atılmış, 4386 sayılı kanunla tarımda kendi hesabına bağımsız çalışanlar sağlık sigortası güvencesine kavuşturulmuşlardır. Genel sağlık sigortası, sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması yöntemlerinden biridir.

Sosyal güvenlik, bir ülke halkının bugünü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum bulunan bir kurumlar bütünüdür. Sosyal güvenlik harcamalarına yurttaşların da katılımının sağlanması, sosyal sigortaları doğurmuştur. Sosyal sigorta, belli mesleki, fizyolojik ve sosyal riskleri karşılamak için öngörülen kurumların masraflarının toplu olarak yüklenilmesidir.

İnsandaki temel güdülerden birisi yaşama güdüsüdür. Sağlıklı olmak, yaşamı sürdürebilmek için önemli koşuldur. Bedeni ve ruhi sağlığı bozulan insanlar, kendilerine ve topluma yararlı olamazlar. Kötü beslenme, kötü çevre koşulları, hastalıklar insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapar. Bu olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve yaygınlığının sağlanması ile mümkündür.

Sosyal bir hak olarak, sağlık hakkı günümüzde "Sosyal Devlet" niteliğini alan devletin görev alanına girmiştir. Yaşama şartlarının iyileştirilmesi ve yaşam düzeyinin yükseltilmesinde devletçe sağlanan en önemli katkılardan biri, toplumun bütününe yaygınlaştırılan bir sağlık hizmetinin geliştirilmesidir. Bu amacın sağlanmasında, yöntemlerden birisi genel sağlık sigortası yöntemidir. Ancak ülkemizde genel sağlık sigortası sağlık alanında var olan tüm sorunların çözümünde, sihirli bir yöntem olarak görülmüştür.

Sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması yöntemlerinden biri olan genel sağlık sigortası için mevcut koşulların iyi değerlendirilmesi gerekir. Saptanacak sistem, mevcut koşullarda uygulanabilir olmalıdır.

Bu çalışmanın amacı da genel sağlık sigortası yönteminin, ülkemizde sağlık hizmetleri alanında mevcut koşullarda uygulanabilirliğini değerlendirmektir.

Çalışma iki ana bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde önce kavramsal çerçevede sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlar ele alınmış; sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımı ile sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmıştır. Sonrada sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olan özellikleri hakkında bilgiler verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin temel unsurları olan sağlık insangücü, sağlık altyapısı, mali kaynak unsuru konuları da bu bölüm içinde incelenmiştir. Bölümde ayrıca sağlık hizmetlerinin ekonomi içindeki yeri konusu da ele alınmıştır.

Bu bölümde sağlık sistemleri sınıflandırılmış ve bu sınıflama içinde yer alan sağlık sigortası sistemi, sağlık sigortasını uygulayan gelişmiş ülkelerdeki (ABD, Avustralya, Kanada) uygulamalar, bu ülkelerin genel özellikleri ile sağlık sistemlerinin finansman yöntemleri ve sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi incelenmiş, böylece sonraki bölümde ele alınacak olan ülkemiz için uygulanması düşünülen genel sağlık sigortası modeli ile modelde yer alan aile hekimliğinin değerlendirilmesine katkıda bulunulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde ülkemizdeki sağlık altyapısı, insangücü, organizasyon ve yönetim yapısı, ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ile sağlık harcamaları konuları incelenmiş ve böylece ülkemizde mevcut sağlık sisteminin yapısı, işleyişi, sorunları, genel sağlık sigortası uygulaması açısından değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Türkiye’de genel sağlık sigortası fikrinin beş yıllık kalkınma planlarında, hükümetçe hazırlanmış, rapor, kanun tasarılarındaki gelişimi, kanun tasarılarıyla getirilmek istenen genel sağlık sigortası modeli, modelde yer verilen aile hekimliği sistemi konuları da bu bölümde incelenmiştir. Bölümde yeşil kart uygulaması ile tarımda bağımsız çalışanlara sağlık sigortası hakkını sağlayan yeni kanun değişikliği konularında bilgiler verilmiş, ülkemizde genel sağlık sigortası uygulaması ile kapsama alınmak istenen kesimin özellikleri incelenmiştir.

Sonuç bölümünde, çalışmanın bir özeti verilmiş, sonra elde edilen bulgulardan hareketle değerlendirmeler yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR ve SAĞLIK HİZMETLERİ

A. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR VE SINIFLANDIRMA

1. Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Günümüzde sağlık kavramı, bir çok faktörün etkilediği, tanımlanması karışık, iktisadi, siyasi, toplumsal bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde, sağlık çözümlenmesi gerekli ve öncelikli bir sorun haline gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre; sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. ¹ Diğer bir tanıma göre ise sağlık kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışmasıdır.²

Bu genel tanımlamalar dışında, günümüzde sağlık yaşam başarısının bir ölçüsü, ülkelerin kalkınmışlıklarının da bir göstergesi sayıldığından, sağlıkla ilgili çok ilginç tanımlamalar da yapılmaktadır. Bu ilginç tanımlardan birine göre, "Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilme sürecidir."³

Sağlığın korunup geliştirilmesi için ekonomik, sosyal, biyolojik, ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması gerekmektedir. ⁴

Bugün tüm dünyada toplumun sağlıklı fertlerden oluşması ve sağlık hallerinin devamının sağlanması önemli bir hedef olarak görülmektedir. Toplumun sağlıklı fertlerden oluşması ülkelerin ekonomik kalkınmışlığının göstergesi olduğu gibi, sağlıklı fertlerin ülkenin kalkınmasında olumlu etkileri olduğu da bilinen bir gerçektir.

Sağlık hizmetleri; "insanların fiziki ve ruhi durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen faaliyetler" şeklinde tanımlanabilir. ⁵ Dünya Sağlık Örgütü "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin

¹ Gazanfer AKSAKOĞLU, "Ulusal Sağlık Hizmeti", Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Cilt.16, sayı.142,Nisan 1992, s.35.

² E. TOKGÖZ, "Sosyal Gelişimde Sağlık", Türkiye'de İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No:1738, Ankara, 1981, s.499.

³ B. KILIÇ, Ç. BUMİN, "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Sayı.53, Şubat 1993, s.41.

⁴ Savaş YILDIRIM, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayınları, Yayın no:2350, Ankara, 1994, s.10.

⁵ Sevgi KURTULMUŞ, "Sağlık Ekonomisi", Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İstanbul, 1996, s.6.

güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için öneriler getirmektedir. Bu öneriler; sağlıkta eşitlik (ülkelerarası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergeleri arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması); sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak yaşama anlam kazandırılması; insanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını artırarak yaşama sağlık kazandırılması; doğuştan beklenen yaşam süresinin yükseltilerek hayatın uzatılması'dır. ⁶

2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri günümüzde en yaygın olarak koruyucu, tedavi edici, ve rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır.

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup – geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. ⁷ Sosyal devlet olma özelliği sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılar. Bu niteliği dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulur. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflenir. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birine rakip olmaksızın yararlanır. ⁸ Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en yüksek olan sağlık hizmetidir. ⁹

Koruyucu sağlık hizmetlerinden tüm toplum yararlanır. Tüm toplumun yararı sözkonusu olduğu için koruyucu sağlık hizmetleri gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı rol de oynamaktadır.

Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem-sıtma-cüzzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleridir.

Günümüzde tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmekte, koruyucu sağlık hizmetlerine ise daha az kaynak ayrılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerine aşırı yatırım

⁶ WHO, Health for All 2000, Geneva, 1988, s.5-6.

⁷ K. BULUTOĞLU, Kamu Ekonomisine Giriş, Üçüncü Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981, s.297.

⁸ Bulutoğlu, a.g.k., s.297.

⁹ Yıldırım, a.g.k., s.12.

yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin nisbi olarak ihmal edilmesine yol açmıştır. 2000 yılı ve sonrası için sosyal güvenlik alanında önleyici rehabilite edici hizmetlerin geliştirilmesinin kazanacağı söylenebilir.¹⁰

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetleri olup, ferdin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile, kazancında kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden kazandırılması gayretleridir.¹¹ Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanır. Hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetleri, serbest piyasa bakımından caziptir. Bu yüzden sadece kamu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulur.

Tedavi hizmetlerinin bir özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu nedenle hastanın tedaviyi istemesi gereklidir. Bazı tedavilerin acı vermesi uzun sürmesi, sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine neden olabilir.

Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde tedavi şeklinde sınıflandırılabilir. Yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir.

2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve iş gücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışmacılar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon (iş bulma, işe uyum sağlama... gibi)dir.¹²

Rehabilitasyon hizmetlerinde temel amaç fertleri ihtiyaç içine düşmekten korumak, sakat kişilerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır.

¹⁰ ILO, La Securite Sociale a Phorizen, geneva, 1984'den 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, (Çeviren: Yusuf Alper, İsmail Tatlıoğlu), yayınlanmamış rapor, Bursa, 1988, s.7.'den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k, s.69.

¹¹ Turan YAZGAN, Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı-sağlık, ayrı bası, İstanbul, 1978, s.150.

¹² N.H. FİŞEK, Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın no:2, Ankara, 1983, s.6.

B. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

1. Sağlık Hizmetlerinin Bütünlük Özellikleri

Dolaylı sağlık hizmetleri alanı ile asıl sağlık hizmetleri alanının, çeşitli bakımlardan bir bütün teşkil ettiği kabul edilir.¹³ Sağlıkla ilgili sektörlerin, kesim ve kurumların, ürünlerin, arz ve talep sistemlerinin arasında veya bunların içinde birbirinden farklı fonksiyonlar ve yapılar mevcutsa da sonuçta, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmeye çalıştıkları için bu bütünlüğü oluştururlar.

Bu açıdan ele alındığında sağlık sektörü, yapısı içinde yer alan ve asıl sağlık hizmetleri sistemine doğrudan, dolaylı veya uzak etkisi, katkısı olan, yurt içindeki ve dışındaki kamu, özel veya yardımlaşma türündeki tüm üretim ve tüketim unsurları ile, bunların ürünlerinin teşkil ettiği bir bütün olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektörünün bütünlüğü kendi içinde de şöyle bölümlendirilebilir:¹⁴

- Sağlık hizmetleri, sağlıkla doğrudan, dolaylı ve uzak etkili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri kapsayan intersektörel /sektörler arası bir bütündür.
- Sağlık hizmetleri, sağlıkla doğrudan doğruya etkili, ilgili olup, asıl sağlık hizmetlerini üreten kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistem/altsistem/sektörleri kapsayan sistemler arası bir bütündür.
- Sağlık hizmetleri, sağlıkla doğrudan ve dolaylı etkili, ilgili olan merkezi ve mahalli kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinde yer alan bütün kurum ve kesimleri kapsayan, kurumsal ve kesimler arası bir bütündür.
- Sağlık hizmetleri, sağlıkla doğrudan doğruya etkili, ilgili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin ürettiği temel, koruyucu ve geliştirici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşan asıl sağlık hizmetlerini/ürünlerini kapsayan, hizmetler arası bir bütündür.

Sonuç olarak sağlık sektörünün bir bütün olma nitelikleri, asıl sağlık hizmetlerine doğrudan, dolaylı ve uzak etkisi, ilgisi olan sektörler, arz talep sistemleri, kurumlar ve kesimler, ürünler bakımından ortaya çıkmaktadır.¹⁵

¹³ Dolaylı Sağlık Hizmetleri alanına; içme suyu şebekesi, kanalizasyon, beden eğitimi, spor, tıbbi araç gereç, ilaç protez üretimi konuları girerken, asıl sağlık hizmetleri alanına da hastalar, sağlık personeli gibi kişiler, hastane, sağlık ocağı, muayenehane, sağlık insan gücü eğitimi ve istihdamı gibi konular girmektedir.

¹⁴ Erdal SARGUTAN. Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s.13.

¹⁵ Sargutan, a.g.k., s.14.

2. Sağlık Hizmetlerinin Temel İhtiyaç Olmama Özelliği

Her zaman temel ve vazgeçilmez bir hak ve kimi zaman mutlaka giderilmesi gereken hayati ve zaruri bir ihtiyaç olmasına rağmen, genel kategorik tasnifte sağlık, temel ihtiyaçlardan birisi değildir. Temel ihtiyaçlar insanlar için hemen her zaman vazgeçilmez ve ertelenemez bir nitelik taşıdıkları halde, sağlık ihtiyacı, “sağlık hali” olarak adlandırılan kondisyonda bir bozulma ortaya çıkmaması için ve/veya ortaya çıktığı zaman başvurulacak bir kondisyon halini devam ettirmeyi ve/veya yeniden sağlamayı amaçlayan bir bakım/koruma hizmetidir. İnsanın kendisinin bile bu ihtiyacını önemsememesi, diğer ihtiyaçlarından sonraya bırakması, temel ihtiyaç olmamasının bir göstergesi sayılabilir.¹⁶ Ancak, sağlık ihtiyacının temel ihtiyaç olmama özelliği, hiçbir zaman onun önemsiz bir ihtiyaç veya hizmet olduğu, gözardı edilebileceği anlamına gelmez. Aksine sağlık, hemen bütün sektörlerle dolaylı veya doğrudan etkisi olan çok önemli birkaç konudan biridir.

Bu sebeple sağlık, temel bir ihtiyaç olmasa da zaruri bir ihtiyaç, kişi bakımından temel bir hak, devlet bakımından temel bir görev ve sorumluluktur. Kişilerin ve sonuçta toplumun sağlık bakımından iyi halde bulunması diğer sektörleri de olumlu etkiler.

3. Sağlık Hizmetlerinin Talep Esnekliği Özelliği

Sağlık hizmetlerinin temel ihtiyaç olmaması, vazgeçilebilme, ertelenebilme özelliğine sahip olması, ona büyük bir talep esnekliği kazandırır. Sağlıklarını önemsemediklerini zanneden insanlar, temel ihtiyaç olmama ve talep esnekliği niteliklerinden yararlanarak sağlık hizmetleri taleplerini acil, kaçınılmaz hale gelene kadar erteleyebilmektedirler.

4. Sağlık Hizmetleri Tüketiminde Talebin Belirsiz Olması Özelliği

Sağlık hizmetleri talebini ortaya çıkaran hastalık durumu önceden bilinemez. Doğum gibi önceden bilinebilen istisnai durumlar hariç hastalıklar önceden kestirilmesi mümkün olmayan risklerdir. Yani sağlık hizmeti tüketimi tesadüfidir. Nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz. Mesela, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmeti talep ve tüketiminde patlamaya yol açarken ekonomik krizler talebi kısar.¹⁷ Hastalık riskinin ortaya çıkışındaki belirsizlik gibi hastalık nedeni ile tüketicinin yapacağı masraflarda da belirsizlik vardır. Hastalığın türü, başvurulacak hekim, sağlık kurumu gibi sağlık hizmetlerinin arzında çeşitlilik sözkonusudur. Sağlık hizmeti tüketicisi alım gücünü hesaba katarak doktorun

¹⁶ Sargutan, a.g.k., s.14.

¹⁷ Ahmet SALTİK, “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, cilt 10, sayı.68, Temmuz-Ağustos. 1995, s.38.

tavsiye ettiği tedavi şekli veya süresi konusunda pazarlık etme şansı yoktur. Bunlarda yapılacak masrafların tür ve miktarını belirsizleştirir.

5. Sağlık Hizmetlerinde Homojenlik Sağlanamama Özelliği

Sağlık hizmetlerinde talebi ortaya çıkaran ihtiyaç faktörü olduğu için, talep düzensiz ve seyrek bir şekilde seyretmektedir. Sağlık hizmetleri ihtiyacı çok çeşitli nedenlerle ve farklı şekilde ortaya çıkar. Bu nedenle herhangi bir ürün gibi standart hale getirilmiş sağlık hizmetlerinden bahsetmek mümkün değildir. Aynı hastalığın farklı bünyelerde farklı şekilde seyretmesi, hastalığın şartlarının standardize edilememesi sonucunu vermektedir. Sağlık hizmetleri standart değildir. Aynı konuda verilen sağlık hizmeti insani yönü başta olmak üzere doktorun, sağlık kurumlarının teşhis ve tedavide kullanılan teknolojinin niteliği gibi çeşitli faktörlerin etkisi ile oldukça önemli farklılıklar gösterebilir.¹⁸

6. Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması Özelliği

Herhangi bir sağlık hizmetinin, başka tür bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Mesela “polio sekelinin düzeltilmesi” ameliyatı pahalı diye, bunun yerine çürük dişlerin bakımı konulamaz. Buna “sağlık hizmetlerinin ikame edilemezlik ilkesi” denmektedir.¹⁹ Bir çok mal ve hizmet için bireylerin ekonomik sebepler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle taleplerini bir müddet için ertelemeleri mümkündür. Oysa sağlık hizmetleri nitelikleri gereği çoğu durumda ertelenemez. Çoğu sağlık hizmeti erken teşhis ve tedavinin önemi gereği ihtiyaç ortaya çıkar çıkmaz karşılanmak zorundadır. “Özellikle acil ve akut, kişiye ızdırap veren, sağlığını tehlikeye düşüren veya düşürecek olan sağlık hizmetleri talepleri ertelenemez ve ertelenmemelidir.”²⁰ Kişilerin hastalıklarını ihmal etmesi, tedaviyi ertelemeleri telafisi imkansız kalıcı hastalıklara, sakatlıklara, ölüm gibi durumlara neden olabilir.

7. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği

Sağlık fiyatı biçilemeyen, iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Örneğin, dişi ağrıyan birinin o anda yapamayacağı fedakarlık düşünülemez.²¹

¹⁸ Kurtulmuş, a.g.k., s.

¹⁹ Saltık, a.g.k., s.68.

²⁰ Saltık, a.g.k., s.68.

²¹ Yazgan, a.g.k., s.3768.

Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir korelasyon sözkonusu değildir. Bunun iki temel nedeni vardır. İlki sağlık hizmetleri talebinin rastlantı sonucu değil ihtiyaca göre ortaya çıkması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi, ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı, uzunluğu gibi konularda tüketicinin insiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için teklif edilen sağlık hizmetlerinin fiyatı konusunda tüketicinin pazarlık şansının bulunmamasıdır.²²

İkinci neden, sağlık hizmetinin karşılığının her hizmet ortaya çıktığında değil, genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmesidir. Özel bir sağlık sigortasının kapsamında olmak, maaşından kesilen primlerle sosyal sigortadan yararlanmak bu konuda tipik uygulamalardır. Mesela nüfusun %90'ına yakınının herhangi bir sağlık sigortasına sahip olduğu ABD'nde, bir hastanın satın aldığı ilave bir sağlık hizmetinin yıllık toplam tedavi limitini aşmaması durumunda fiyatı sıfırken, bu ilave tedavinin sosyal maliyeti oldukça yüksektir. Belirli gelir seviyesinin altındakilerin yararlandığı Medicaid (Tıbbi Yardım) ve Medicare (Tıbbi bakım) gibi programların ücretsiz veya çok düşük bedelle sağladığı sağlık hizmetleri tıbbi bakımın gerçek maliyetleri ile tüketiciye sağladığı marjinal fayda arasındaki mesafeyi açmaktadır.²³

8. Sağlık Hizmetlerinin Pazar Şartlarına Uyumsuz Olma Özelliği²⁴

8.1. Hizmetin Özellikleri Yönünden

İnsanlar serbest piyasada alınıp satılan pek çok üründen ihtiyaçları olanlar hakkında yeterli bilgiye sahiptirler veya bu bilgiyi kolayca elde edebilirler. Böylece kendileri karar verebilir, seçme yapabilir. Fakat konu hukuk, sağlık gibi çok özel uzmanlık alanları ile ilgili olduğunda durum değişir ve bir uzmandan yardım istenir. Kişi sağlık hizmeti talep ettiğinde, hizmetin ne olduğunu ne kadar olduğunu, iyi hizmetin nasıl olduğunu, vasıflarını nerede bulunabileceğini, maliyetini bilmez, bilemez. Bunu bildiğini farz ettiği kişi veya kuruluşa giderek yardım ister. Kendisini bir tıp ilgisinin uzmanlığına teslim eder. O kadar ki tıp mensupları bile kendilerini bir başka tıp mensuplarına emanet eder. Sağlık hizmetlerinin tabiatı bunu gerektirir.

²² Saltık, a.g.k., s.38.

²³ Burton WEISBROD, "Competition in Health Care: A Cautionary View", Institute for research on Poverty Discussion Paper, University of Wisconsin, 1991, s.9-11'den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.44.

²⁴ Sargutan, a.g.k., s.16.

Sağlık hizmetleri alanında tüketicinin kendi talebini ve ürünü kontrol etme imkanı yoktur. Bu yüzden serbest pazar şartları teşekkül edemez. Bir tür üretim satış/arz tekeli vardır. Arz da talebi de ürünü ve fiyatı da arz edici kontrol eder.

8.2. Pazar Ekonomisinin Özellikleri Yönünden

Serbest pazar ekonomisinin özellikleri dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin Pazar şartlarına uyumsuzluğu ortaya çıkmaktadır. Geçen zaman gerçek liberal düzene sadece teoride rastlandığını, gerçekte üreticilerin daima rekabetten çok tekelleşme ve arzı kontrol etme eğiliminde olduğunu ortaya çıkarmıştır. 18. ve 19. asırlardaki uygulaması aynı sebeplerle, toplumun geniş kesimleri ve düşük gelir grupları için felakete yol açan liberalizm, birinci ve ikinci dünya savaşlarından sonra terk edilerek, yerine sağlık hizmetlerini de asli bir devlet görevi olarak kabul eden Sosyal Devlet anlayışı süratle yaygınlık kazanmış, sağlık hizmetleri kamu malı sayılmış ve bütünü ile serbest piyasa şartlarına terk edilmemiştir.

C. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL UNSURLARI

1. Sağlık İnsangücü

Üretim konusunun sağlık hizmeti oluşu ve sağlık hizmetleri talebinin özelliği itibarı ile ertelenemez ve ikame edilemez bir yapıya sahip olması nedeniyle, sağlık sektöründe etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli sağlık insangücünün bulunmasıdır. Sağlık insangücü kavramı; doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire ile yardımcı tıp çalışanlarını, biyo-medikal, mühendis ve laborantlar gibi teknik personeli ve hastane yöneticileri gibi idari personeli kapsamaktadır.

Sağlık insangücü kavramında çoğu zaman sadece doktor, ebe, hemşireler kapsama alınmaktadır. Bu nedenle uluslar arası gelişmişlik göstergelerinin mukayesesinde 10.000 kişiye düşen doktor, diş hekimi, eczacı ve hemşire sayısı dikkate alınmaktadır. Bu mukayeselerde sağlık insangücü sadece sayı olarak ele alınmakta, sağlık insangücünün kalitesi gibi hususlar ölçüleme zorluğu nedeni ile gözardı edilmektedir. Sağlık hizmetleri arzının temel göstergeleri olarak kabul edilen sağlık insangücünün ülkeler arası mukayesesinde hekim başına düşen nüfusun yanında, sağlık eğitimi, meslek içi eğitim, nüfusun sağlık hizmetlerini kullanma oranları, istihdam imkanları gibi kriterlerde gözönüne alınmalıdır.²⁵

²⁵ Kurtulmuş, a.g.k., s.141.

1.1. Hekimler

Gelişmiş ülkelerde sağlık insangücü açısından aşağıdan yukarıya doğru gidildikçe daralan bir piramit görünümü arzeder; konusunda uzman hekimler sayı itibarı ile piramidin üst kısmında yer alırken, pratisyen hekim ve yardımcı sağlık personeli piramidin daha alt kısımlarında yer alırlar ve sayı bakımından uzman hekimlerden birkaç daha fazla olmaktadır. Batı ülkelerinde pratisyen hekim oranı %75, uzman hekim oranı %25'tir.²⁶ Gelişmiş ülkelerde üst kademeden aşağıya doğru genişleyen bir sağlık insangücü piramidi oluşmuştur.

Bütün dünyada tıp eğitimi en pahalı eğitim dallarından birisi olup, tıp eğitiminin ekonomik olarak maliyeti yüksek olduğu gibi, eğitim süresi de uzun olmaktadır. Örneğin Amerika'da dört yıl olan tıp fakültelerine girebilmek için biyoloji, biyokimya, kimya, matematik gibi ağırlıklı dersler verilen dört yıllık bir fakülteyi de bitirmiş olmak şartı koşulmaktadır. Bu fakülteyi bitirmiş olanlar tıp fakültelerine başlamadan önce hemşire, tıbbi teknisyen ve hekim yardımcısı olarak çalışabilirler. ABD'de tıp eğitiminden sonra mezun olanlar hemen hekimlik yapamazlar. Herhangi bir eyaletten lisans alabilmek için önce üç bölümden oluşan (ilk bölüm; temel bilimler sınavı , ikinci bölüm; teşhis koyma ve temel tedavi, üçüncü bölüm; karmaşık vakaların tedavisi sınavı) Ulusal Tıbbi Kurul sınavını geçmek zorunludur. Tüm eyaletler lisans vermek için tıp fakültesinden sonra bir yıl daha hastanelerde eğitimi şart koşmaktadırlar.²⁷

Çeşitli ülkelerde tıp tahsilini zorlaştırarak tıp fakültelerine aşırı talep dengelenmekte ve pratisyen hekimliği özendirilen uygulamalarla gereğinden fazla uzman hekim yığılması önlenmektedir. İngiltere'de pratisyen hekimler bir filtre vazifesi görerek uzman hekimliğe gidişi sınırlamaktadır. 2000 yılına doğru tüm Avrupa'da sağlık insangücünde değişim gözlenmekte, pek çok ülkede hekimler iki yıllık yoğun bir eğitimle genel pratisyenlik formasyonu kazanmaktadır.²⁸ Son otuz yılda tıbbi demografi tamamen değişmiş, Avrupa'da doktorların sayısı 12 kat artmıştır. Sağlık hizmetlerinin mukayesesinde diğer bir parametre olarak kullanılan ve OECD ülkelerinde 5.2 olan kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı²⁹ nüfusun yaş grubu itibarı ile dağılımı, hasta alışkanlıkları ve sağlık konusundaki psiko-sosyal faktörlere bağlı olarak değişmektedir.

²⁶ DPT, Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi, Ankara, 1987, s.17.

²⁷ John Fowler, "ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu", Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, Şubat 1995, s.38.

²⁸ WHO, Health in Europa. 1994.

²⁹ Türk Eczacılar Birliği, Avrupa Birliği ile Oluşturulacak Gümrük Birliği ve İlaç Sektörü Üzerindeki Etkileri, Ankara, 1995, s.83.

Pratisyen hekimliğe, belirli zamanlarda, çeşitli servislerde yapılan stajlar eklenmekte, tıp fakültesini bitiren pratisyen hekimlere önemli ölçüde çalışma sahaları açılmaktadır. Örnek olarak, Almanya'da tıp fakültesinden mezun olanlar hemen muayenehane açmamakta, diplomaları olmasına rağmen ehil sayılmamaktadırlar. Gerekli tecrübeyi edinebilmek için altı ay kadın doğumda, altı ay cerrahide, altı ay dahiliyede, altı ay çocuk servisinde çalışmaları gerekmektedir.³⁰

Ülkeler ve bölgeler arasında hekim arzı eşit olarak dağılmamaktadır. Gelişmiş ülkelerde hekim arzı fazla iken, gelişmekte olan ülkelerde ve bölgelerde hekim sıkıntısı çekilmektedir. Bugün doktor başına nüfus ABD'de 420, İtalya'da 210, İspanya'da 280, İsveç'te 370 iken, orta gelirli ülkelerde 1164'tür.³¹

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle uzman hekimler açısından büyük bir problem yaşanmakta, uzman hekimliği açığı çok fazla olmaktadır. Hekimlerin bölgeler arası dengesiz dağılımı sadece piyasa ekonomisinin olduğu ülkelerde değil, eski sosyalist ülkelerde de hekim arzı imkanlar nedeni ile büyük şehirlerde yoğunlaşmıştır. Hekimlerin bölgeler arası dengesiz dağılımı sadece gelişmekte olan ülkelerde görülmemektedir. Gelişmiş ülkelerde de dengesizliklere rastlanmaktadır. Örneğin Japonya'da hekimler bölgeler arasında dengesiz dağılmaktadır. En fazla hekimin bulunduğu Tokushima'da 100.000 nüfusa 227.1 hekim düşmektedir. Bu oran, 176.5 olan ülke ortalamasının çok üstündedir.³²

1.2. Yardımcı Sağlık Personeli

Günümüzde sağlık hizmetleri ekip çalışması şeklinde yürütülür. Hizmetin kalitesi için doktorların başarısının yanısıra yardımcı sağlık personelinin eğitim, tecrübe, yetenekleri de önem taşır. Bunun için günümüzde yardımcı sağlık personeli hekim kadar önemlidir.

Yardımcı sağlık personelinin sayıca yetersiz olması veya kalifiye olmaması doktorların yükünü artırmakta, doktorların esas sorumluluk alanlarına daha fazla zaman ayırmalarına engel olmaktadır.

Yardımcı sağlık personeli yetersizliği sebebi ile, bunların görevlerinin hekimler tarafından yapılması kaynak israfına yol açmaktadır.³³ İyi yetişmiş ve sayıca yeterli yardımcı sağlık personeli, doktorların yetişmesi için yapılan yatırımlara göre daha ucuz olduğundan,

³⁰ Kurtulmuş, a.g.k., s.146.

³¹ Mustafa SÖNMEZ, "Gelirde Eşitsizlik, Sağlıkta Eşitsizlik ve Demokrasi", Toplum ve Hekim, cilt.12, sayı.80, Temmuz-Ağustos, 1997,s.56.

³² Sibel KALAÇA, "Japonya Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, şubat 1995, s.48.

³³ Kurtulmuş, a.g.k., s.155.

hekim arzına göre daha kolay artırılabilir; böylece hekimlerde daha etkin ve verimli çalışabilirler.

Günümüzde Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yardımcı sağlık personelinin olan hemşirelerin eğitimine büyük önem verilmektedir. Bu ülkelerde hemşireliği, düşük konumlu, az eğitilmiş meslek olması halinden çıkarıp yüksek eğitim alan, koruyucu sağlık hizmetlerinde söz sahibi, düşük maliyetli ama etkin hizmetlerin temel elemanı haline getiren bir eğitim sistemine geçilmiştir.³⁴

Tüm dünyada hemşirelerin ücretleri düşük seviyelerde olmaktadır. Bunun nedeninin hastanelerin hemşireler için istihdam imkanı sağlayan tek müesseseler olması, hemşirelerin diğer sektörlerde istihdam imkanının olmamasıdır.³⁵

ABD'de hemşireler için elli eyalette ileri eğitim, pratisyenlik eğitimi sunulmakta olup bu ülkede binlerce hemşirelik okulu bulunmakta, 2005 yılına hemşirelerin sayısının 2.5 milyona çıkması beklenmektedir.³⁶ Gelişmiş ülkelerde bugün 150 kişiye bir hemşire düşmektedir.³⁷

2. Sağlık Hizmetleri Altyapısı

Sağlık hizmetlerinin unsurlarından olan sağlık altyapısına sağlık hizmet birimleri olan hastaneler, ilaç ve tıbbi cihaz konuları girmektedir.

2.1. Hastaneler

WHO hastaneleri müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon şeklinde gruplandırılacak hizmetleri sunan, hastaların kısa süreli tedavi gördükleri yataklı sağlık kurumları olarak tanımlamaktadır.³⁸

Günümüzde hastanelerin, tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi kuruluş, yönetimlerinde ekonomik ilkeleri dikkate almak durumunda oldukları için bir işletme, doktorlar ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeni ile eğitim kurumları, ödeme gücüne sahip olmayanlara hizmet sunulması nedeni ile sosyal kurum, devletin

³⁴ WHO, Health in Europa, 1994.

³⁵ Linda AJKEN, "The nurse Labor Market", Health Affairs, fall 1982, s.34'den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.157.

³⁶ Patricia ABURDENE, John NAİSBİTT, "Kadınların Önlenemez Yükselişi", s.93-94'den zikreden Kurtulmuş, a.g.k., s.157.

³⁷ Sönmez, a.g.k., s.56.

³⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992, s.193.

hastaneler üzerindeki denetimleri nedeni ile bir kamu kuruluşu niteliklerini taşıdığı da savunulmaktadır.³⁹

Tablo 1. Bazı ülkelerin onbin nüfusa düşen yatak sayıları, 1995-1997

ÜLKELERİN ADI	YATAK
Türkiye (1997)	25,7
ABD	53,0
Almanya	87,0
Arjantin	48,0
Avustralya	56,0
Avusturya	108,0
Azerbaycan	102,0
Belçika	83,0
Brezilya	35,0
Bulgaristan	98,0
Çin	26,0
Danimarka	57,0
Endonezya	7,0
Fransa	93,0
Hindistan	7,0
Hollanda	59,0
İngiltere	63,0
İspanya	48,0
İsveç	62,0
İtalya	75,0
Japonya	159,0
Kanada	161,0
Kazakistan	136,0
Kırgızistan	120,0
Malezya	24,0
Meksika	13,0
Norveç	48,0
Özbekistan	124,0
Portekiz	42,0
Romanya	89,0
Rusya	138,0
Türkmenistan	113,0
Yunanistan	51,0
Dünya Ortalaması	36,0

Kaynak: World Development Report 1993'den zikreden; T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1997 Yayın No:599, Ankara, 1998, s.141.

Bugün hastaneler bir çok toplumda sağlık sistemi içerisinde başlı başına bir sektör durumunda olup, milli gelir içinde önemli yer tutan, işgücünün önemli bir bölümünün istihdam

³⁹ Oktay ALPUGAN- Vasfi HAFTACI, "Muhasebe Sistemi Uygulama Genel Tebliğine Göre Hastane İşletmelerinde Maliyet Hesaplarının İşleyişi", Eskişehir, 1995, s.273.

edildiği, eğitim, sosyal sigortalar ve sağlık sigortası gibi sektörlerle de yakın ilişkisi olan kurumlar haline gelmişlerdir.⁴⁰

Hastaneler kamu hastaneleri, özel hastaneler ve kâr amacı gütmeyen vakıf ve kuruluşlara ait hastaneler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Sağlık kuruluşları kâr amacı gütmeyen, ödeme gücünü dikkate almaksızın tüm topluma hizmet verirler. Kamu hastaneleri akıl hastalığı, huzur ve bakım evleri gibi muhtaç kişilere yönelik hizmetleri sunarken, özel sağlık kuruluşları acil servis, doğum kliniği gibi ödeme gücü olmayanlarında başvurduğu servisleri azaltarak, estetik cerrahi, şişmanlık tedavisi merkezleri gibi çok daha kârlı alanlara yönelmektedirler.⁴¹

Özel sağlık kuruluşları zengin kitleleri hedef almakta, zengin bölgelerde ve kârlı gördüğü alanlarda hizmet sunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının varlıklarını devam ettirmesi, kâr elde etmelerine bağlıdır.

Kâr amacı gütmeyen vakıf ve kuruluşlara ait hastanelerde kâr yöneticilere dağılmayıp kurumun kendisine aktarılmaktadır. Kamuya veya vakıflara ait hastaneler tüm hastalıklara bakacak şekilde klinikler açmakta iken, özel sağlık kuruluşları el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji gibi alanlarda hizmetlerini yoğunlaştırmaktadırlar.

ABD’de kâr amacı gütmeyen vakıf ve kuruluşlara ait hastaneler yaygın olup, geliri belirli bir seviyenin altında olan kişiler ücretsiz olarak bu hastanelerden yararlanırlar. Toplam hastaneler içinde yatak sayısının %32’si merkezi ve eyalet hükümetlerine ait kamu hastanelerine, %63’ ise kâr amacı gütmeyen kuruluşlara aittir.⁴² Almanya’da özel hastaneler toplam hastane yatağı sayısının %4’ünü oluştururken, %61’lik kısmını belediyeler, merkezi hükümet ve eyaletlerce işletilen hastanelere aittir. Toplam hastane yatağının %35’i ise kiliselerin veya vakıf ve derneklerin hastanelerine aittir.⁴³

Gelişmiş ülkelerde hastane hizmetleri kullanım oranları iyi bir düzeydedir.

Tablo 1’de görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerden ABD’de onbin nüfusa düşen yatak sayısı 53, Almanya’da 87, Avustralya’da 56, Belçika’da 83, Danimarka’da 57, Fransa’da 93, Hollanda’da 59, İngiltere’de 63, İspanya’da 48, İsveç’te 62’dir. Gelişmiş ülkelerde yatak

⁴⁰ Oktay ALPUGAN, “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995, s.160.

⁴¹ İlhan BELEK- Ata SOYER, Sağlıkta Özelleştirme, İstanbul, 1995, s.77.

⁴² Weisbrod, a.g.k. s.13’den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.170.

⁴³ Sarper ERDOĞAN- Galip EKUKLU, “Almanya Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Şubat, 1995, cilt.9, sayı.65, s.72.

kullanım oranları %80 gibi çok yüksek oranda gerçekleşmiş olup, hekim başvuru sayıları da yılda 5-15' çıkarılarak etkili kullanımları ve adil dağılımları sağlanmıştır.⁴⁴

Gelişmiş ülkelerin dışında kalan ülkelerden Endonezya'da onbin kişiye düşen yatak sayısı 7, aynı sayı Hindistan'da 7, Malezya'da 24, Meksika'da 13'tür. Bu durum Tablo 1'de görülmektedir.

2.2. İlaç

Tıp alanında ilaç sektöründe gelişmeler olmuş, yeni bulunan bir çok ilaç ortalama hayat süresinin uzatılmasında, belli bazı hastalıkların sona erdirilmesinde etkili olmuştur. Tablo 2'de 1986 yılından 1996 yılına kadar dünyada yeni bulunan ilaç sayıları görülmektedir.

Tablo 2. Dünyada Yeni Bulunan İlaç Sayıları

YIL (Years)	DÜNYADA YENİ BULUNAN İLAÇ SAYISI (Numbers of Drugs Newly Found in the World)
1986	47
1987	61
1988	53
1989	35
1990	43
1991	43
1992	43
1993	39
1994	47
1995	39
1996

Kaynak:T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1996, Yayın No:595, Kasım 1997, s.99.

İlaç bugün modern tıbbın vazgeçilmez unsurlarından biridir. İlaç Farklı özellikler gösteren bir endüstri malıdır. İlacı tüketici adına hekim talep eder. Bu yüzden tüketicinin (hastanın) diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi tercihi sözkonusu değildir. İlaç endüstrisi araştırmaya dayalıdır ve yeni ürünlerin keşfedilmesi ile büyümesini sürdürmektedir. Araştırmaya dayanan ilaç firmaları Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, İsviçre ve İsveç başta olmak üzere, ABD ve Japonya'daki firmalar olup, 1982 yılında bu ülkeler toplam ilaç üretiminin %65'ini (yaklaşık 94 milyar dolar) gerçekleştirirken, aynı yıl dünyadaki toplam ilaç tüketiminde %58'ini (yaklaşık 47 milyar dolar) bu ülkeler yapıyorlardı.⁴⁵

⁴⁴ Mehmet TOKAT, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1992-1996, Ankara, s.81.

⁴⁵ Frank MÜNNICH, "The Structure of The Pharmaceutical Industry", Health Economics:Prospects for the Future, London, 1987, s.214-215'den zikreden; Kurtuluş, a.g.k., s.178.

Günümüzde çok fazla artış gösteren ilaçlar toplam sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Bu yüzden hükümetler ilaç tüketimini dolayısı ile sağlık harcamalarındaki artışları kontrol etmek için ilaç piyasasına müdahale etmektedirler. İlaç kullanımında hükümetler kontrolü sağlayabilmek için en yaygın yol olan reçetelendirmeye başvurmaktadır. Fransa'da vizite başına reçetelendirme oranı %84, İngiltere'de %74, Hollanda'da %56'dır. İlaç tüketiminde israfı önlemek için reçetelendirmeye bir takım kısıtlamalar getirilmektedir. Mesela Almanya'da geri ödenen reçetelenmiş ilaçların toplam miktarı yıllık olarak önce ulusal düzeyde, daha sonra bölgesel düzeyde saptanmakta, eğer bu miktar aşılmışsa bölgesel tabip birlikleri farkı ödemek zorunda kalmaktadırlar. Fark fazla ise, ilaç üreticileri de ödemeye katılmaktadır. Yine İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi aşırı ilaç yazan hekimlerden açıklama istemektedir.⁴⁶ Aşırı ilaç kullanımını önlemek için kullanılan metotlardan biri de hataların reçete bedellerine katılım payının yükseltilmesidir. Bu konuda uluslar arası literatürde, %20-25 oranında hastaların reçete bedellerine katılımının sağlanması durumunda bunun gereksiz ilaç kullanımını azaltıcı bir etkiye sahip olacağı savunulmaktadır.⁴⁷

2.3. Tıbbi Cihaz

Tıbbi cihaz kavramı, ilaç dışında sağlık hizmetleri ile ilgili olarak tıpta kullanılan her türlü malzemeyi; ileri teknoloji gerektiren tedavi cihazlarını, kompleks elektronik ve mikroteknolojiyi gerektiren aletleri, termometre, enjektör, labarotuvan malzemelerini kapsamaktadır.

Günümüzde yüksek teknolojinin getirdiği yeni teşhis ve tedavi cihazlarının hastanelerde kullanımı hızla artmakta, doktorlar teşhiste son derece etkili ama çok komplike cihazları kullanmaktadırlar. Çok pahalı olan ve teknolojiye bağlı olarak değişen ve yenilenen tıp cihazları hastane bütçelerinde önemli bir kısmı oluşturmaktadır. Büyük yatırımlar gerektiren tıbbi cihazların satın alınması belirli esaslara bağlanmış, günümüzde pek çok ülkede imalatçı firmalar ve ithalatçılar etiketleme, üretim yerlerinin teftişi gibi hususlarda yasalar karşısında sorumlu tutulmaktadırlar.

Yüksek teknoloji ürünü tıbbi cihazların kullanımı, bakımı ve tamiri görevlerini günümüzde bio-medikal mühendisler üstlenmiştir. Bio-medikal mühendisliği eğitimi ilk kez ABD üniversitelerinde, 1960'lı yıllarda verilmeye başlanmıştır.⁴⁸

⁴⁶ Türk Eczacıları Birliği, a.g.k., s.84.

⁴⁷ Sağlık Sigortası Komisyonu-Avustralya, Nihai Sağlık Finansmanı Raporu:Politika Seçenekleri Çalışması-Türkiye, Ankara, Ağustos 1995, s.78.

⁴⁸ DPT, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Rasyonalizasyonu, Ankara, 1991, s.251.

3. Mâli Kaynak Unsuru

Sağlık hizmetlerinin maddi unsurlarından biri olan mâli kaynak konusu aşağıda finansman kaynakları ve finansman yöntemleri alt başlıkları altında incelenmektedir.

3.1. Sağlık Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını kamu kaynakları (vergi gelirleri, sosyal sigortalar gibi), özel kaynaklar (özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları, toplumsal finansman, doğrudan hane halkı karcamaları) şeklinde sınıflandırabiliriz.⁴⁹ İstatistik verilere göre zorunlu sigorta primlerinin, işveren payının, kamu kaynaklarının sağlık alanına ayrılan kaynaklar içindeki payı artmaktadır.⁵⁰ WHO'nun 1993 yılında yaptığı bir çalışmaya göre sağlık hizmetlerinin finansmanında sanayileşmiş ülkelerde kamunun payı daha büyüktür.⁵¹

3.1.1. Kamu Finansman Kaynakları

3.1.1.1. Vergi Gelirleri

Vergi gelirleri sağlık hizmetleri sisteminde finansman kaynağı olarak, tarihsel gelişim içinde kimi ülkeler için önemli yer tutmuştur. Yeni Zelanda'da sosyal güvenlik sisteminin oluşturulduğu 1938 yılından beri gelirler üzerinden alınan vergiler, sistemin tek finansman kaynağı⁵² olmuş iken, İngiltere'de İrlanda'da, İskoçya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamıyla genel vergiler yoluyla yapılmaktadır.⁵³

Batı Avrupa ülkeleri ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde ortalama %26 olan vergi oranı sosyal güvenlik katkıları da eklenince 1988 yılı itibarı ile aynı grup ülkeler için %31 (ABD) ile %65 (Danimarka) arasında olmaktadır.⁵⁴ Gelişmekte olan ülkelerde ise vergi oranı çok düşük olmaktadır. Bu nedenle vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak olarak yeterli olmamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde vergilerle sağlık hizmetlerini finanse etmenin dezavantajları vardır. Bu ülkelerde gelir bazında, az kazanandan az, çok kazanandan çok vergi alınması yeterli düzeyde sağlanamamıştır. Dolayısıyla vergi adaleti gelişmekte olan ülkelerde henüz gerçekleştirilemediği için, genel vergilere dayalı olarak sağlık hizmetlerinin

⁴⁹ Fahreddin TATAR, "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", Toplum ve Hekim, cilt.11, sayı 72, Mart-Nisan 1996, s.44.

⁵⁰ Tokgöz, a.g.k., s.510.

⁵¹ WHO, Health in Europa, Geneva, 1993, s:14.

⁵² Kenan TUNÇOMAĞ, Sosyal Güvenlik Kavramı, Sosyal Sigortalar, 4. Bası, İstanbul, 1988, s.25.

⁵³ Kılıç-Bumin, a.g.k., s.45.

⁵⁴ Vergi Oranı, Ulusal gelirin vergi olarak toplanan kısmı olmaktadır. Bkz. Tatar, a.g.k., s.45.

finansman edilmesi bu ülkelerde eşitlik ilkesini olumsuz etkileyecektir. Yine gelişmekte olan ülkelerde vergi gelirleri kısa vadede arttırılmayacağı için sağlık hizmetlerinin vergi yoluyla finansman edilmesi sakıncalıdır. Ülkedeki yoksulları daha yoksul hale getirecek vergi oranlarının düzenlenmesi gelişmekte olan ülkelerde insanların sağlık statülerini amacın tersine daha kötü bir duruma getirebilir. Gelişmekte olan ülkelerde dolaylı vergiler ağırlıklıdır.⁵⁵ Dolaylı vergilerin adaletsiz olma özelliği ise bu ülkede vergiye dayandırılacak sağlık hizmetleri finansmanında, sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitliği olumsuz etkileyecektir. Gelişmiş ülkelerde örneğin Fransa'da otomobil sahiplerinden alınan yıllık vergiler, alkol, sigaradan alınan dolaylı vergiler, ilaç firmalarının yaptığı reklamlardan alınan vergilerin bir bölümü de sağlığın finansmanına ayrılabilir.⁵⁶

3.1.1.2. Sosyal Sigortalar

Sosyal güvenliğin, herşeyden önce kişiye ve kişisel sorumluluk bilincine dayandığı, kişinin kendisinin ve ailesinin ekonomik güvencesi devletten önce düşünmek sorunda olduğu, bunun doğal sonucunun ise sosyal güvenliğin finansman kaynağının işçi ve işverenlerden alınan primlerle karşılanması⁵⁷ olduğu düşüncesinden hareket eden sosyal sigortalar yaşlılık, emeklilik, sakatlık konularını içermekle birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında da dünyada yaygın olarak başvurulan finansman kaynağıdır.

Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık hizmetleri doğrudan veya dolaylı yöntemle sağlanmaktadır. Dolaylı yöntemde sağlık hizmetleri kamu ve/veya özel kuruluşlardan ve doktorlardan satın alınmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ağırlık bu yönde olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kontrat ve benzeri araştırmalarla sağlandığı dolaylı yöntem durumunda, idari etkinlik kontratın sınırlarına, sağlık birimlerine yapılan ödemelere veya hizmet kullanıcılarına tazmin yöntemine bağlıdır.⁵⁸ Doğrudan yöntemde sosyal güvenlik kurumu kendi sahip olup, işlettiği sağlık merkezi ve hastaneler aracılığı ile üyelerine ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireylerine sağlık hizmetini doğrudan verir. Bu yöneme daha çok gelişmekte olan ülkelerde rastlanılmaktadır. Bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin başlangıcı döneminde kamu ve özel sağlık hizmetleri yeterli düzeyde gelişmemiş olduğundan, sosyal güvenlik

⁵⁵ WHO, Economic Support for National Health for All Strategies, Geneva, 1988, s.62.

⁵⁶ A. GÜZEL- A.R. OKUR, Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul 1992, s.58.

⁵⁷ C. TALAS, Sosyal Ekonomi, 6. Bası, Ankara, 1983, s.356.

⁵⁸ T. BESLEY, "The Demand for Health Care and Health Insurance", Oxford Review of Economic Policy, Vol.5., 1989, s.25'den zikreden İ. TATLIOĞLU, Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu: Uygun Metot Arayışları, Bursa, 1992, s.49.

kurumları kendi hastaneleriyle sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bazı ülkelerde mevcut yapı, zorunlu sağlık sigortası kuracak kompleks yapıyı yüklenebilecek yeterlilikte olmayabilir. Bu durumda ülkeler büyük hacimli işyerlerine kanuni olarak çalışanlarına ya gerekli sağlık hizmeti sunma ya da harcamalara karşı sigortalama işlevini yüklemektedirler. Bu tür kanuni yükümlülükler özellikle madencilik ve tarımın yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.⁵⁹ Çalışanlar ve işverenlerden zorunlu olarak alınan primlerle finanse edilen sosyal sigorta programlarına hükümet de bazı durumlarda katkıda bulunabilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan sigortalıların prime ek olarak kullanım sırasında maliyet paylaşımına yönelik ödemeyi hükümetler yapabilirler.

Sosyal sigortalara yönetilen eleştirilerden biri, sigortalı ve işverenin ödediği primin önemli bir bölümünün sonuçta işgörene yükleniyor olmasıdır. Bunun nedeni ise işverenlerin kendilerine düşen prim payını ürettikleri mal ve hizmetlerin fiyatını artırarak tüketicilere yansıtmayı ve/veya ücretleri düşük tutma eğilimleridir. Bu durumda işgörenler hem ücretlerindeki kesinti hem de uzun vadede artan fiyatlar yoluyla sistemi gördüğünden çok daha fazla finanse eder duruma gelmektedirler.⁶⁰

Sağlık hizmetlerinin sosyal sigortalar yoluyla finansmanına yöneltile eleştirilerden birisi de sosyal güvenlik sistemleri içinde verilen sağlık hizmetlerinin daha çok, maliyeti pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetleri olması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az yer verilmesi, bunun da sağlık hizmetlerinde maliyeti yükseltmesi, hastane merkezli, hekim merkezli bir sistemi ortaya çıkarmasıdır.

3.1.2. Özel Finansman Kaynakları

3.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulan kaynaklardan biri de özel sağlık sigortasıdır. Sosyal sigortalar veya genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sistemlerinin olduğu ülkelerde ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere özel sağlık sigortası şirketleri kurulmuştur.

Özel sağlık sigortalarında, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, kişilerden özel sağlık primleri toplanır. Özel sigorta şirketleri kâr amacını ön planda tutarlar ve kişi ile yaptığı anlaşma uyarınca sağlık hizmeti verirler. Anlaşma çerçevesince, yüksek prim ödeyenler ise

⁵⁹ WHO, a.g.k., 1988, s.64.

⁶⁰ J. APPLEBY, financing Health Care in the 1990s. Buckingham, Open University Press, 1992, 'den zikreden Tatar, a.g.k., s.46.

en alt düzeyde yer alan sağlık hizmetinden yararlanmaktadırlar. Özel sağlık sigortalarında, sigorta her hastalığı kapsamaz ve uzun sürebilecek tedavi hizmetlerinin giderlerinin tamamını sigorta ödemez. Yine özel sağlık sigortalarında ilaç giderlerinde de belirli bir fiyatın üzerindeki ödemeleri sigortalının kendisi karşılar. Özel sağlık sigortalarının uygulandığı ülkelerde hükümet politikaları özel sigortaları doğrudan etkileyemez. Hükümetlerin genel bütçeden yaptığı harcamalar koruyucu sağlık hizmetleri ile az sayıdaki sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarıdır.

Özel sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerinin finanse edildiği ülkelerden birisi ABD'dir. ABD'de özel sağlık sigortaları vatandaşların tümünü kapsamaz. O yüzden devletin finanse ettiği, yoksul ve yaşlıların bir kısmını kapsayan sosyal sigorta kurumları da ülkede faaliyet gösterirler.⁶¹

3.1.2.2. Toplumsal Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarından bir diğeri toplumsal finansman olup; kullanılan hizmet için parasal bedel ödemeyi, hizmet binalarının inşasında, insangücü sağlamayı, yardım toplamayı kapsamaktadır. Toplumsal finansman yöntemleri içinde en yaygın olanı hizmeti kullananların belli oranlarda hizmetin maliyetlerine katkıda bulunmalarıdır. Toplumsal finansmanda kullanıcının katılım paylarına gerekçe olarak bu yolla elde edilecek gelirin hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında kullanılabileceği gibi diğer kamusal finansman kaynaklarını ikame etmek içinde kullanılabileceği ve hizmetlerin aşırı ve gereksiz kullanımını önlemeye yardımcı olacağı gösterilmektedir.⁶²

Toplumsal finansmana getirilen eleştirilerden biri; bu kaynağın toplumsal ihtiyaçların karşılanmasında tek başına yeterli olamayacağı, ancak diğer kaynakların ulaşamadığı alanları doldurmak yönünde kullanılabileceği şeklindedir. Yine uygulamada bu kaynağın yoksullara yönelik hizmet üretmek amacıyla kullanılmadığı, bunun yerine pahalı ekipmanın satın alınması ya da sağlık personelinin ücretlerini arttırmak için kullanıldığı ve kullanıcı payları açısından insanların yoksul ve yoksul olmayan şeklinde nitelenmesinin olumsuz sosyopsikolojik etkileri olduğu belirtilmektedir. Bir diğer özel finansman kaynağı işverenlerce çalışanların sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tamamı veya bir kısmının doğrudan finanse edilmesi olup bu yöntem hiçbir ülkede ağırlıklı değildir. Yine zengin birey, aile, işletmeler ile

⁶¹ Kılıç- Bumin, a.g.k., s.43.

⁶² S. BIRCH, "Increasing Patient Charges in the NHS. A Method of Privatising Primary Care", Journal of Social Policy, 1986, s.163-184'den zikreden; Tatar, a.g.k., s.48.

dinsel örgütlerin gönüllü yardımları da diğer bir özel finansman kaynağı olup, dünyanın belli kesimlerinde ki (Afrika gibi) önemli rolünü yitirmiştir.⁶³

Günümüzde, yukarıda bahsedilen finansman kaynaklarından sadece birine dayalı bir finansman modeline rastlanamaz. Her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı karma sistemler mevcuttur. Ancak bazı ülkelerde bir kaynağın diğer kaynaklara oranla daha bir ağırlığa sahip olduğu gözlenmektedir. Mesela İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanında vergi kaynağı iken, Kanada’da sosyal sigorta primleri kaynağı, ABD’de ise özel sağlık sigortası primleri kaynağı ağırlıklıdır. Gelişmiş ülkelerde özel ve kamusal kaynaklar arasında olduğu gibi kamusal kaynaklar arasında da (genel vergi gelirleri ve sosyal sigortalar) bir tercih söz konusudur. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu tercihi belirleyen husus, vergi oranı ve vergi adaleti olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde dolaylı vergiler ağırlıktadır ve bu ülkelerde genel vergilere dayalı bir finansman şeklinin vergi adaleti (gelir endekli) yeterli düzeyde sağlanmadan, uygulamaya konulması, adaletsizliklere yol açabilir. Yine gelişmekte olan ülkelerde toplumsal ve siyasi öncelikler arasında sağlığın yer almadığı durumlarda genel vergiye dayalı finansmanda sorunlar yaşanabilir.

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörün rolü ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Genel bir kural olarak ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters bir orantı olduğu söylenebilir. Bunun önemli istisnası toplum sağlık harcaması içinde %60’lık bir özel sektör payı ile Amerika Birleşik Devletleridir. Bununla birlikte son yıllarda bir çok ülkede sağlık finansmanında özel sektörün rolünün arttığı gözlenmektedir. İngiltere gibi kamusal kaynaklara ağırlık veren ülkelerde dahi sağlık finansmanında özel kaynakların payında bir artış yaşanmaktadır. Sanayileşmiş batı ülkeleri ile Çin, Kolombiya, Senegal, Tayland, Türkiye gibi birbirinden farklı yapıdaki ülkelerde de bu yönlü bir trend olduğu belirtilmelidir. Ancak Roemer’a göre özel sigortacılığın yoksulları ve yüksek risk grubunda bulunanları (yaşlıları) dışlayan yapısı, primlerin gelirle ilişkisiz olması ve sigorta şirketlerinin işin doğası gereği bir mali istikrarsızlık sorunu yaşamaları bu yöntemin sınırlılıklarını ortaya koymaktadır.⁶⁴

Bugün sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları bakımından çoğunlukla tercih edilen kaynaklar sigorta ile genel vergi kaynakları olup, ülkeler iktisadi, siyasi ve sosyo-kültürel yapılarına bağlı olarak bu kaynaklardan birine ağırlık vermekte, ancak bu kaynaklardan

⁶³ Tatar, a.g.k., s.49.

⁶⁴ Tatar, s.g.k., s.49.

hiçbiri tek başına yeterli olmadığı için diğer finansman kaynakları da sağlık hizmetlerinin finansman ihtiyacını karşılamada devreye sokulmaktadır.

D. SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİ İÇİNDEKİ YERİ

1. Sağlık Hizmetlerinin GSMH İçindeki Payının Artış Nedenleri

Günümüzde sağlık hizmetleri alanında önemli gelişmeler olmaktadır. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSMH içindeki payı artmaktadır. Bu artışın nedenlerini aşağıdaki başlıklar altında özetlemek mümkündür.⁶⁵

1.1. Sağlık Bilincinin Yükselmesi

Sağlık bilincinin yükselmesi toplumlarda ve bireylerde sağlık hizmetlerine daha fazla talebin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine paralel olarak fertlerin hayat standartlarının artması ve iletişim imkanlarının çoğalması insanları sağlık konusunda daha duyarlı hale getirmekte, sağlık kuruluşlarından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentilerini artırmaktadır. Günümüzde sağlık endüstrisi gelişmiş ülkelerde en kârlı sektörlerden birisi haline gelmekte, geliştirilen özel satış ve finansman teknikleri ile ürünlere kolayca müşteri bulunabilmektedir.⁶⁶

Eğitim düzeyinin son yıllarda çoğu ülkede artması, sağlıklı bir hayatın öneminin giderek daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sağlık sigortalarının hem kapsadığı nüfus, hem de ivazlar bakımından genişlemesi toplam sağlık harcamaları miktarında artışlara neden olmaktadır.

1.2. Ortalama Hayat Süresinin Uzaması

Ortalama hayat süresinin uzaması dolayısı ile, özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması sonucu sağlık hizmetlerine ihtiyaç artmaktadır. Tüm istatistikler gelişmekte olan ülkelerin genel olarak nüfuslarının giderek yaşlandığını ve gerçekleştirilen projeksiyonlar ise bu trendin devam edeceğini göstermektedir. “Dünyanın gelişmiş bölgelerinde 1950 yılında %11.4, 1970 yılında %14.2, 1985’te %16.1, 1990’da ise %17.1 olarak belirlenmiş 60 yaş ve üstündeki insanların oranının 2000 yılında %18.7’ye, 2025 yılında ise %25.3’e yükseleceği

⁶⁵ Kurtulmuş, a.g.k., s.46.

⁶⁶ ILO, a.g.k.’dan zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s. 76-77.

hesap edilmektedir. Böylesi bir gelişme emekliler için yapılan harcamaların ve ulusal sağlık harcamalarının hızla artmasına yol açacaktır.⁶⁷

Ortalama hayat süresinin yükselmesinin harcamaları artırdığı doğru olduğu gibi tersi bir sonuçta geçerlidir. Yani sağlık hizmetlerinin artması ortalama hayat süresini çeşitli etkileri dolayısı ile uzatmaktadır.⁶⁸

1.3. Tıp Alanında Araştırma- Geliştirmeye Ayrılan Payın Artması ve Tıbbi Teknolojinin Gelişmesi

Tıp ve sağlık birimlerinde araştırma- geliştirmeye ayrılan kaynakların artması sonucu gerçekleştirilen sürekli ve yoğun araştırmalar teşhis ve tedavide yeni teknik ve yöntemlerin geliştirilmesine neden olmaktadır. Teknolojik değişimin sağlık alanında önemli gelişmelere yol açması birçok ülkede sağlık araştırmalarına ayrılan fonların giderek artmasına yol açmaktadır. Böylece tıbbi teknoloji devamlı olarak yenilenmekte, bu teknolojilere olan talep artmakta ve kullanımı yaygınlık kazanmaktadır.

Son yıllarda teşhis ve tedavide ileri teknoloji ürünü pahalı ve kullanımı özel eğitim gerektiren yeni cihazların sürekli geliştirilmesi sonucu, yeni cihaz alımları, bakım ve onarım giderleri, yeni teçhizatın kullanımı ile ilgili eğitim gibi maliyetleri artırıcı çeşitli faktörler toplam sağlık harcamalarının yükselmesi sonucunu doğurmaktadır.

1.4. Uzun Süreli ve Tedavisi Pahalı Olan Yeni Hastalıkların Ortaya Çıkması

Genellikle bulaşıcı hastalıklarda önemli azalmalar görülmekle birlikte, bu tür hastalıkların yerini kanser ve AIDS gibi uzun süren ve tedavisi çok pahalı olan hastalıklar almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir kısmı, bir yandan kötü beslenme, bulaşıcı hastalıklar gibi geleneksel problemler ile uğraşırken, diğer yandan “çevre kirlenmesi, AIDS salgını, modern taşımacılığın hastalıkların taşınmasını artırıcı etkileri” gibi yeni sağlık problemleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

2. Sağlık Hizmetlerinin GSMH İçindeki Yeri

Yukarıda ifade edilen sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerine kamu ve özel kesimlerce ayrılan maddi kaynaklar önemli miktarlarda artmaktadır. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1950-80 arasında önemli ölçüde yükselmiştir. “1950’li yılların başlarında bir

⁶⁷ Robert CLARK, “Population Aging and Work Rates of Older Persons: An International Comparison”, IIR Press, 1993, s.61’den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.48.

⁶⁸ Kurtulmuş, a.g.k., s.48.

çok sanayileşmiş ülkede sağlık harcamaları GSMH'nin %4'ü civarında iken, 1980'li yılların başında bu pay %10 civarında yükselmiştir.⁶⁹

Tablo. 3'te seçilmiş bazı ülkelerde toplam sağlık harcamalarının ülke GSMH'lerine oranı görülmektedir.

Tablo 3. OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasılaya Oranı %

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	8.6	8.5	8.4	8.6	8.4
Avusturya	7.5	7.9	7.8	7.9	7.9
Belçika	8.1	8.2	8.1	8.0	7.9
Kanada	10.2	10.2	9.9	9.7	9.2
Çek Cumhuriyeti	5.8	8.0	8.3	7.9	
Danimarka	6.6	6.8	6.6	6.4	6.4
Finlandiya	9.3	8.4	7.9	7.7	7.5
Fransa	9.4	9.8	9.7	9.9	9.6
Almanya	10.2	10.1	10.3	10.4	10.5
Yunanistan	4.5	5.0	5.5	5.8	5.9
Macaristan	7.2	6.8	7.3	7.1	6.7
İzlanda	8.2	8.3	8.1	8.2	7.9
İrlanda	7.1	7.1	7.6	6.4	4.9
İtalya	8.5	8.6	8.4	7.7	7.6
Japonya	6.3	6.6	6.9	7.2	
Kore	3.9	4.3	4.6	5.3	
Lüksemburg	6.6	6.7	6.5	7.0	
Meksika	4.4	4.5	4.7	4.9	4.5
Hollanda	8.8	8.9	8.8	8.8	8.6
Yeni Zelanda	7.6	7.3	7.1	7.1	7.2
Norveç	8.2	8.1	8.0	8.0	7.9
Polonya	5.3	4.9	4.4		
Portekiz	7.4	7.7	7.8	8.2	8.2
İspanya	7.2	7.3	7.3	7.6	0.8
İsveç	7.8	7.9	7.6	7.2	0.7
İsviçre	9.4	9.5	9.5	9.8	
İngiltere	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9
A.B.D.	14.1	14.3	14.1	14.2	14.2
Ortalama	7.5	7.6	7.7	7.9	7.2
Türkiye	3.8	3.7	3.6	3.3	3.2

Kaynak: OECD Health Data 97'den zikreden; M. TOKAT, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Ankara, 1998, s.77.

Tablo. 3'de görüldüğü gibi, bu ülkelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının ülke GSMH'lerine oranı ortalama olarak:1992'de %7.5 iken, 1993'de %7.6, 1994'de %7.7, 1995'de %7.9 olmuş; 1996'da ise biraz gerileyerek %7.2'ye düşmüştür. Bu oranlar Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı payın yaklaşık iki katıdır. Amerika

⁶⁹ ILO, a.g.k.'dan zikreden; Kurtulmuş, a.g.k. s. 76.

Birleşik Devletlerinin oranı %14.2, Almanya'nın ki %10.5, Fransa'nın ki %9.6 gibi çok yüksek değerlere ulaşmıştır. Bu ülkelerde kişi başına düşen ulusal gelirin 20.000 doların çok üstünde olduğu da dikkate alınınca harcama düzeylerinin ne denli yüksek olduğu net olarak anlaşılmaktadır.⁷⁰

Tablo 4. OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon \$)

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	25669	24827	28087	31111	33828
Avusturya	14037	14392	15432	18350	18034
Belçika	17913	17399	18667	21525	20820
Kanada	57864	55580	53502	54611	53309
Danimarka	9412	9151	9604	11012	11155
Finlandiya	9903	7080	7738	9640	9259
Fransa	124147	122733	129392	151998	148730
Almanya	200392	194221	210144	252066	248726
Yunanistan	4388	4580	5359	6606	7270
Macaristan		2617	3027	3089	
İzlanda	566	503	505	573	556
İrlanda	3696	3492	4097	4113	
İtalya	103717	84516	84964	84101	91380
Japonya	235504	281633	321930	369224	
Kore	11903	14194	17503	24115	
Lüksemburg	829	862	945	1212	
Meksika	16131	18045	19586	14019	15132
Hollanda	28262	27901	29586	34559	33491
Yeni Zelanda	3044	3166	3601	4257	4691
Norveç	10413	9364	9844	11656	12384
Polonya	4479	4217			
Portekiz	6815	6287	6627	8272	8560
İspanya	41707	34889	35234	42743	44988
İsveç	19250	14595	15110	16715	18358
İsviçre	22496	22103	24599	30169	
İngiltere	72647	64734	70851	76935	79375
A.B.D.	834226	892074	937139	988489	1030000
Ortalama	72285	71672	79349	84117	94502
Türkiye	6024	6715	4721	5704	6772

Kaynak: OECD Health Data 97'den zikreden; Tokat, 1998, s.78.

Tablo. 4'e göre; ABD'nin yapmış olduğu sağlık harcamalarının parasal tutarı, 1992 yılında 834.2 milyar dolara, 1996 yılında 1030 milyar dolara eşdeğerdir ki bu değerler, Türkiye GSMH'sinin 5-7 katına eşittir. Yine Almanya'nın yaptığı sağlık harcamaları, 1992 de 200.4 milyar dolar; 1996 da 248.4 milyar dolardır. Diğer ülkelerdeki harcamalarda tabloda görüldüğü gibi çok önemli düzeylere ulaşmaktadır.

⁷⁰ Tokat, a.g.k., s.77.

Tablo 5. OECD Ülkeleri Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	1468	1406	1574	1741	1873
Avusturya	1774	1801	1922	2281	2225
Belçika	1783	1725	1845	2126	2049
Kanada	2035	1933	1829	1857	1796
Çek Cumhuriyeti		243	292	366	
Danimarka	1820	1763	1845	2108	2130
Finlandiya	1964	1398	1521	1888	1806
Fransa	2164	2133	2235	2616	2550
Almanya	2496	2399	2581	3089	3036
Yunanistan	425	442	514	632	693
Macaristan		254	295	306	
İzlanda	2170	1906	1891	2131	2053
İrlanda	1041	980	1147	1160	953
İtalya	1827	1484	1486	1470	1597
Japonya	1894	2259	2576	2952	
Kore	273	322	394	535	
Lüksemburg	2121	2176	2350	2978	
Meksika	187	205	219	154	163
Hollanda	1861	1825	1923	2232	2150
Yeni Zelanda	890	915	1021	1195	1302
Norveç	2429	2172	2270	2691	2848
Polonya	117	110	105		
Portekiz	691	636	669	843	873
İspanya	1069	893	900	1079	1134
İsveç	2221	1674	1721	1902	2082
İsviçre	3272	3186	3496	4210	
İngiltere	1252	1112	1213	1325	1365
A.B.D.	3147	3329	3462	3644	3708
Ortalama	1630	1453	1546	1834	1828
Türkiye	103	112	77	91	108

Kaynak: OECD Health Data 97'den zikreden; Tokat, 1998, s.79.

Tablo 5'te yine aynı ülkelerdeki kişi başına düşen sağlık harcamasını ortaya koymaktadır.

Tabloya göre, bu ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması ortalaması 1992 yılında 1.604,4 dolar iken, 1996 yılında 1.828 dolara yükselmiştir. Tek tek ele alındığı zaman ise, İsviçre 1995'te gerçekleştirmiş olduğu 4.210 dolarlık harcama ile başı çekerken; bunu 1996'da gerçekleştiren 3.708 dolar ile ABD, 2550 dolarla Fransa 2.225 dolarla Avusturya takip etmektedir. Türkiye'de 1995 yılında fert başına düşen gelirin 2780 dolar olduğu hatırlanacak olursa, bu ülkelerin kişi başına yaptığı sağlık harcamasının bir Türk'ün tüm harcamalarından daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.⁷¹

⁷¹ Tokat. a.g.k., s.79.

Tablo 6'da ise yine aynı ülkelerdeki yapılan sağlık harcamaları içindeki kamu harcamalarının oranı görülmektedir. Buna göre, tablo 4'te görülen ve bu ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranının 1992 yılı ortalaması olan %7.5'lik oranın %5.9'u yani toplam harcamaların %78.7'si; %7.6 olan 1993 yılı ortalamasının %5.8'i yani toplam harcamaların %75.3'ü; %7.9 olan 1995 yılı ortalamasının %5.8'i yani toplam harcamalarının %73.4'ü; %7.2'lik 1996 yılı ortalamasının da %5.4'ü yani toplam harcamaların %75'i kamu kaynaklıdır.⁷² Gelişmiş ülkelerde devlet sağlığa önemli miktarlarda kaynak ayırmaktadır.

Tablo 6. Kamu Sağlık Harcamalarının Gayrisafi yurtiçi hasılaya Oranı (%)

ÜLKELER	1992	1993	1994	1995	1996
Avustralya	5.8	5.8	5.8	5.8	5.6
Avusturya	5.7	6.0	5.9	5.9	5.9
Belçika	7.2	7.3	7.2	7.0	6.9
Kanada	7.6	7.4	7.1	6.9	6.6
Danimarka	5.6	5.6	5.5	5.3	5.1
Finlandiya	7.4	6.4	5.9	5.8	5.6
Fransa	7.0	7.3	7.6	8.0	7.8
Almanya	8.0	8.0	8.0	8.2	8.2
Yunanistan	3.4	3.8	4.2	4.4	4.9
Macaristan	6.6	4.8	5.2	4.9	4.7
İzlanda	7.0	6.9	6.8	6.9	6.6
İrlanda	5.5	6.3	6.1	5.1	6.0
İtalya	6.5	6.3	5.9	5.4	5.3
Japonya	4.9	5.2	5.3	5.7	
Kore	1.9	2.0	2.0	2.1	
Lüksemburg	6.1	6.2	6.0	6.5	
Meksika	2.6	2.6	2.7	2.8	2.7
Hollanda	6.8	7.0	6.8	6.8	6.6
Yeni Zelanda	6.0	5.6	5.4	5.4	5.5
Norveç	7.0	6.7	6.6	6.6	6.5
Polonya	5.0	4.6	4.6	4.6	
Portekiz	4.4	4.8	4.9	5.0	4.9
İspanya	5.7	5.7	5.7	6.0	0.6
İsveç	6.6	6.6	6.3	5.9	0.6
İsviçre	6.6	6.9	6.9	7.1	
İngiltere	5.9	5.8	5.8	5.9	5.9
A.B.D.	6.0	6.2	6.3	6.6	6.7
Ortalama	5.9	5.8	5.8	5.8	5.4
Türkiye	2.5	2.4	2.5	2.3	2.6

Kaynak: OECD Health Data 97'den zikreden; Tokat, 1998, s.80.

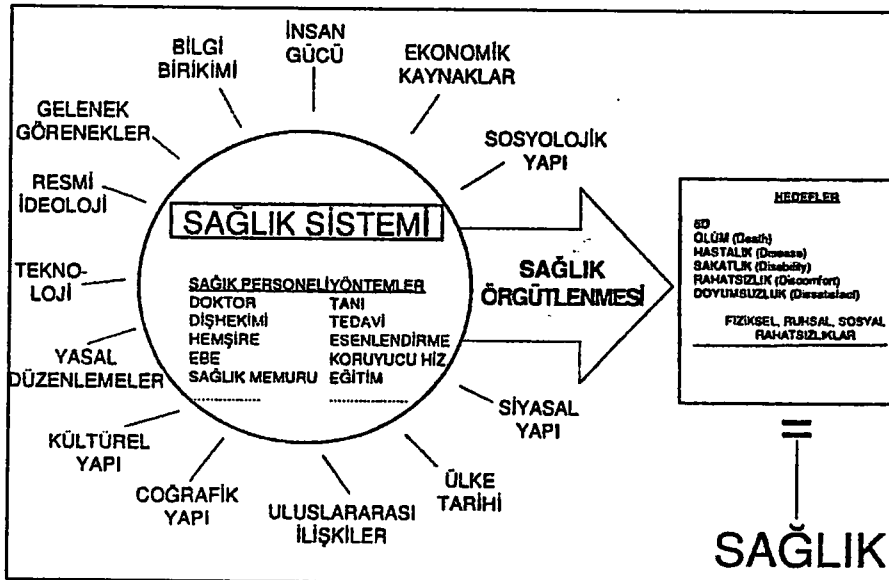
⁷² Tokat, a.g.k., s.80.

Gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan bu yüksek orandaki paylar sayesinde toplum sağlığında önemli mesafeler katedilmiştir. Bu ülkelerde ortalama yaşam süresi yükselmiş, genel ahlak ve bebek ölüm oranları ise düşmüştür. Sağlığa daha az payların ayrıldığı az gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerde ise ortalama ömür sırasıyla 63 yıl ve 67 yıl gibi nisbeten düşük oranlarda, bebek ölüm oranları da onbinde 58 be onbinde 40 gibi yüksek oranlarda gerçekleşmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise ortalama ömür 78 yıl iken bebek ölüm oranları da onbinde 6 gibi düşük değerdedir.⁷³

E. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Ülkelerin ekonomik durumları ile yakından ilgili olan sağlık sistemleri bakımından çeşitli ülkelerde farklı uygulamalar vardır. Her ülkenin sağlık sistemi sorunları ve uygulamaları ile kendisine özgüdür ve başka bir ülkenin sağlık sistemine aynen benzememektedir. Sağlık sistemleri, sadece bir ülkenin siyasi ve iktisadi yapısı ile şekillenmemekte, o ülkenin kültürel ve sosyal yapısı, toplumun gelenek ve görenekleri, bilgi birikimi, teknolojisi, insan gücü, yasaları, tarihi coğrafyası, uluslar arası ilişkileri ve bunun gibi birçok faktör sağlık sistemi üzerinde etkilerde bulunur. Bu nedenle hemen her ülkede birbirinden farklı sağlık sistemleri bulunmaktadır.⁷⁴ Sistemlerin arasındaki farklılıklar kültürlerden ve yukarıda sayılan faktörlerden kaynaklanır. Bu durum şekil. 1'de görülmektedir.

Şekil 1. Sağlık sistemi ve Sağlık



Kaynak: B. KILIÇ, Ç. BUMİN, "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Sayı.53, Şubat 1993, s.42.

⁷³ Sönmez, a.g.k., s.55.

⁷⁴ Kılıç- Bumin, a.g.k., s.42.

Dünyadaki sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında coğrafi bölge (Asya, Avrupa, Afrika gibi), ülkelerin milli gelir seviyeleri (gelişmiş, gelişmekte ve gelişmemiş ülkeler gibi), uygulanan ekonomik sistem ve sistemin finansmanı esas alınarak yapılan sınıflandırmalar mevcuttur. Bu sınıflandırmalardan biri Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7’de dünyamızdaki sağlık sistemlerinin belli başlı üç grupta altı ayrı tip olarak sınıflandırılmasını görmekteyiz.

Birinci grupta yer alan özel sigorta ağırlıklı sistemlerde sağlık hizmetleri bir tüketim malzemesi olarak görülmekte, hekimler ise özel hekim konumunda olup, ücretlerini yaptıkları etkinliğe göre sigortadan almaktadırlar. Sağlık sistemi vatandaşların tümüne sağlık güvencesi sağlamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise kısmen vergilerle, daha çok ta özel sağlık primleri ile sağlanmaktadır. Hükümetin bu sistemdeki rolü doğrudan olmamaktadır. Bu tipte yer alan ülkeler içinde en önemli ABD olup, bu ülkede hastane yataklarının 2/3’si özel sektöre aittir ve toplam sağlık harcamalarının %60’ı özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Sigorta ağırlıklı sağlık sistemlerinde ise sağlık hizmetleri sosyal sigorta ile garantiye alınmış bir tüketim maddesi olarak görülmekte, sağlık devlet tarafından çeşitli sigorta kurumları aracılığı ile güvence altına alınmaktadır. Bu sistemde sosyal sigortalar ve sosyal güvenlik kurumları çoğunlukta olup, özel sigorta şirketleri ise daha azdır ve sistem genelde tüm vatandaşları kapsamaktadır. Bu sistemin uygulandığı ülkelere biri olan Almanya’da sağlık harcamalarının %77’si hükümet programları tarafından karşılanır ve bunun büyük kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir.⁷⁵

İkinci grupta yer alan ulusal sağlık sisteminde sigorta kuruluşları son derece az sayıdadır. Sağlık hizmetleri devletçe desteklenen bir tüketim maddesi olarak görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise sağlık primleriyle değil, genel vergilerle sağlanmaktadır. Bu sağlık sistemi ülkedeki tüm nüfusu kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili harcamaların %90’ı hükümet tarafından karşılanmakta olup, hükümetin uyguladığı politikaların güçlü rolü vardır. Bu sistemin uygulandığı ülkelere örnek olarak İngiltere, İrlanda, İskoçya verilebilir. Sosyalist sağlık sistemlerinde ise sağlık hizmetleri bir tüketim maddesi olarak değil, tamamıyla devlet tarafından sağlanan bir kamu hizmeti olarak görülmektedir. Hükümet politikaları sistemde tam olarak etkindir. Hekimler devlet memuru konumunda olup, özel hekim, özel sağlık kuruluşu yoktur. Sağlıkla ilgili tüm olanaklar kamuya aittir. Sağlık harcamalarının hemen

⁷⁵ İ. BELEK, “Sağlık Sistemleri Hangi Dinamikle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?”, Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, Şubat 1995, s.23.

hemen tamamı devlet tarafından karşılanır. Özel sigorta kurumları bu sistemde yoktur. Bu sistemin uygulandığı ülkelere örnek olarak eski SSCB ile günümüzde Küba, Çin verilebilir.⁷⁶

Karmaşık yapıya sahip sağlık sistemlerinin uygulandığı ülkelerde yarı sigortacılığın olduğu, yarı da devlet tarafından desteklenen bir sağlık örgütlenmesinin mevcut olduğu görülmektedir. Bu sistemin uygulandığı ülkeler az gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerdir. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler ve primlerle karşılanmakta olup, her iki finansmanda yeterli olmamakta, bu yüzden sağlık harcamalarının çoğu doğrudan yapılan özel harcamalar şeklinde olmaktadır. Bu sistemde durumu iyi olanlar için özel sigortalar ve hastanelerde bulunmaktadır. Yine devlet tarafından kurulan sosyal sigortalar bu sistemde yer almakla beraber, sosyal sigortalar yetersiz olup, herkesi kapsamamaktadır. Bu sistemin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetleri de yetersizdir.

İlkel sağlık sistemleri ise 19. yüzyıl sonlarına kadar yaşamış, ilk sağlık sistemleri olup, bu sistemde sağlık sadece zengin olanın aldığı bir mal olarak görülmekteydi. Bu sistemde hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu yoktu ve ilkel tedavi yöntemlerinin uygulandığı bir sistemdi.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda en yaygın olarak kabul edilen yaklaşım sistemleri, kamu yardımı sistemi, ulusal sağlık hizmeti ve sağlık sigortası sistemi olarak üç başlık altında incelemektedir. Bu ülkede bu sistemlerden ikisi veya üçü bir arada uygulanabilmektedir.⁷⁷

1. Kamu Yardım Sistemi

Bu sistemin temelinde, yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden faydalanma karşılığında ücret alınmaz iken, belirli mali gücü olanlar sigortalanabilirler ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler. Bu sistem, daha ziyade ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğunlukta olduğu ülkelerde uygulanmaktadır.⁷⁸

Sistem risk paylaşımı esasına dayanır. Sosyal adalet anlayışından hareketle geliştirilen özellikle kamu sigortacılığı sistemi, hastalanan kişilerin giderlerinin hastalanmayanlar tarafından karşılanması prensibinden hareket etmektedir. Özellikle formel sektörün geliştiği

⁷⁶ Kılıç – Bumin, a.g.k., s.45.

⁷⁷ İ. Köksal, Türk Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Genel Sağlık Sigortasının Kurulması ve Bir Model Denemesi, Yayınlanmamış Yüksek Tezi, Ankara, 1992, s.31.

⁷⁸ Yıldırım, a.g.k., s.15.

ülkeler kamu yardımı sisteminde başarılı olmuşlardır. Fransa, Almanya, İtalya'da uygulanan sağlık sistemleri bu sisteme örnek oluşturur.⁷⁹

Tablo 7. Dünyadaki Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

	GRUP I SİGORTA AĞIRLIKLIL		GRUP II DEVLET AĞIRLIKLIL		GRUP III DİĞER SAĞLIK SİSTEMLERİ	
	TİP 1 ÖZEL SİGORTA AĞIRLIKLIL	TİP 2 SOSYAL SİGORTA AĞIRLIKLIL	TİP 3 ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ	TİP 4 SOSYALİST SAĞLIK SİSTEMİ	TİP 5 KARMAŞIK YAPIDA SAĞLIK SİSTEMİ	TİP 6 İLKEL YAPIDA SAĞLIK SİSTEMİ
Genel Tanım	Özel sig. Şirketleri çoğunlukta sosyal sig. az	Sosyal sig. Ve sos. Güvenlik grupları çok.	Kamuya dayalı sağlık sistemi var sigorta çok az	Tamamen devlet tarafından yapılmaktadır	Kısmen devlet kısmen sosyal sig. (yetersiz)	Kurulu bir sistem yok
Genel Felsefe	Çoğ. Sağlık bir tüketim maddesi görülür.	Sağlık sig. ile güvenceye alınmış bir tük. Mad.	Sağlık devletçe desteklenen bir tüketim maddesidir	Sağlık bir tüketim maddesi değildir	Sağlık genel. bir tüketim maddesi	Sağlık tamamen bir tüketim maddesi
Kapsamı	Herkesi kapsamaz	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsamaz	Çok azı kapsar
Finans	Prim/ kısmen vergi	Prim/ vergi	Çoğunlukla vergi	Tamamen vergi	Vergi / Prim	Özel harcama
Halkın Ödemesi	Doğrudan / dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tam. dolaylı	Doğrudan / dolaylı	Tam. Doğrudan
Olanaklar (Bina vs)	Çoğ. Özel	Kamu / özel	Çoğ. kamu	Tam. kamu	Kamu / özel	Tam. Özel
Hükümetin Rolü	Çoğ. Dolaylı	Doğrudan / dolaylı	Çoğ. Doğrudan	Tam. Doğrudan	Doğrudan	Yok
Hekimin Konumu	Özel	Özel/kamu	Özel	Tam. Kamu	Kamu/özel	Tam. Özel
Hekimin Ücreti	Etkinliğine göre (yaptığı işlem)	Kişi başı / maaş / etkinliğe göre	Kişi başı / maaş / etkinliğe göre	Maaş	Maaş / etkinliğe göre	Tam. Etkinlik
Hekim Örgütü	Çok güçlü	Güçlü	Oldukça Güçlü	Zayıf/Yok	Zayıf	Yok
Ülke Örneği	ABD, İSRAİL	ALMANYA, İSVEÇ, KANADA, JAPONYA	İNGİLTERE, İRLANDA, İSKOÇYA	KÜBA, SSCB (eski)	TÜRKİYE, ENDONEZYA	Yok

Kaynak: B. KILIÇ – Ç. BUMİN, "Sağlık Sistemleri", Toplum ve Hekim, Sayı.53, Şubat 1993, s.44.

⁷⁹ Kurtulmuş, a.g.k., s.79.

2. Ulusal Sağlık Hizmeti (Sosyalleştirme) Sistemi

Bu sistem “Beveridge Modeli” olarak ta bilinmektedir.⁸⁰ Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, vergilerle finanse edilmek suretiyle kamu tarafından planlanır ve tüm nüfus ücretsiz olarak söz konusu sağlık hizmetlerinden yararlanır. Sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri tamamen kamunun kontrolündedir. “Bir ülkede yaşayan insanların sağlık koşullarından devletin sorumlu olması gerektiği” düşüncesinden hareketle sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Örnek olarak eski doğu bloku ülkelerinde uygulanan sistem ile İrlanda, İskoçya’da uygulanan sistemler verilebilir.⁸¹

Sistemin başarısı, vergi sisteminin kapsamının etkili ve adil olup olmadığına, finansman için gerekli olan yeni vergilerin kabul edilebilirliğine bağlıdır. Vergi ile finanse edilen ulusal sağlık hizmeti sisteminde kişiler, sigorta kapsamında olmalarını, kendi özel istekleri ile değil vatandaşlık hakkından dolayı elde etmektedirler. Ulusal sağlık hizmeti sisteminde bütün sağlık hizmetleri parasız sağlanmamakta ve hizmetlerin sağlanmasında bir kamu tekeli sözkonusu olmamaktadır. Bu sistemin uygulandığı bir çok ülkede özellikle ilaçlar için kullanıcı belirli bir ödeme yapmaktadır.

3. Sağlık Sigortası Sistemi

Bu sistem genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Bunun yanı sıra çok sayıda ülke kısmen de olsa sağlık sigortası kurmaya yönelmektedir. Sağlık sigortasının esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasıdır.⁸² Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığın söz konusu olması durumunda ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi ödeme ile faydalanırlar . Bu sistemde sağlıklı olma şansına sahip olanlar hasta olanlar için ödeme yaparlar. Kamu ve özel kesim sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler. Sağlık sigortası sisteminde, özel sigortaların ağırlıklı olduğu sistemin uygulandığı ABD’de sağlık hizmetleri bir tüketim maddesi olarak kabul edilir. Finansmanın kişilerden toplanan özel sağlık primleri ile sağlanır. Özel sigorta şirketleri kişi ile yaptığı anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti verir. Sigorta her hastalığı kapsamaz. Riskin paylaşımı kuralı uygulanır. Uzun sürebilecek tedavilerde giderlerin tamamını sigorta karşılamaz. Çoğunluğunu özel sigortaların oluşturduğu (yaklaşık %75) ABD’de sistem herkesi kapsamaz. Bunu yanı sıra devletin finanse ettiği, yoksul ve yaşlıların

⁸⁰ OECD, Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries, Paris, 1987, s.24.’den zikreden, Yıldırım, a.g.k., s.16.

⁸¹ Kılıç-Bumin, a.g.k., s.45.

⁸² B., ABEL-SMITH, “Funding Health for All: Is The Insurance Answer?” Selected Article From World Health Forum, WHO, Geneva, 1987, s.93’den zikreden: Yıldırım, a.g.k., s.15.

bir kısmını kapsayan sosyal sigorta kurumları vardır. ABD’de uygulanan bu sağlık sigortası sisteminde özel sigorta ağırlıklıdır. Yine İsrail’de uygulanan sağlık sigortası sisteminde özel sigorta ağırlıklıdır.⁸³

Almanya, Fransa, İsveç, Kanada gibi ülkelerde uygulanan sağlık sigortası sisteminde ise sosyal sigorta ağırlıklıdır. Bu ülkelerde sosyal amaçlı sigortalar ve sosyal güvenlik kurumları çoğunluktadır. Özel sigortaların payı ise daha azdır. Özel sigortalar ABD’de ki kadar gelişmiş değildir. Genellikle vatandaşların tümünü kapsamaktadır. Hekimler genellikle özel hekim konumunda olup ücretlerini baktıkları hasta sayısına göre sigortadan alırlar.⁸⁴

3.1. Sağlık Sigortası Uygulayan Ülkeler

Sağlık sigortası sisteminin uygulandığı ülkelerden ABD, Avustralya ve Kanada’da sağlık sistemi ana hatlarıyla şöyledir.

3.1.1. Amerika Birleşik Devletleri

Bu ülkede sağlık sektörü, diğer sanayileşmiş ülkelere göre daha yüksek oranda piyasa sistemine dayalıdır.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan temel kurumlar şunlardır:

- Sağlık Koruma Örgütleri (Health Maintenance Organisations HMOs),
- Medicare (Tıbbi bakım) ve Medicaid (Tıbbi Yardım),
- Blue Cross ve Blue Shield
- Kâr amaçlı sigorta ve sağlık kurumları.

Sağlık koruma örgütleri (HMOs) sigortalama yoluyla sağlık hizmetleri arzeden genelde kâr amaçsız kuruluşlardır. Prim sistemiyle çalışırlar. Üyeler aylık sabit prim öderler ve karşılığında sağlık hizmetlerinden ya hiç ödeme yapmaksızın veya çok düşük bir fiyat karşılığında yararlanırlar. Bu kuruluşlar kendi sahip oldukları hastane ve çalıştırdıkları personel vasıtasıyla da hizmet arzında bulunabilmektedirler.⁸⁵

ABD’de 1966 yılında iki sağlık programı devreye sokulmuştur. Bunlar medicare ve Medicaid’dir. Medicare; işleyişi federal hükümet tarafından üstlenilen ve gelirine bakılmaksızın bütün yaşlılara yönelik sağlık hizmetini sağlayan programdır. Programa dahil olanlar belli bir prim öderler. Programın finansmanı, işçi ve işverenlerden alınan sosyal

⁸³ Kılıç-Bumin, a.g.k., s.43.

⁸⁴ Kılıç-Bumin, a.g.k., s.45.

⁸⁵ İ. TATLIOĞLU, Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu:Uygun Metot Arayışları. Basılmamış Doçentlik Tezi, Bursa, 1992, s.73.

güvenlik kesintileri, hizmetten yararlananlara yüklenen bedeller ve genel vergi gelirleriyle yapılmaktadır.⁸⁶

Medicaid fakirlere yönelik bir programdır. Federal hükümet maliyeti eyaletlerle paylaşır. Programdan yararlanma şartları ve sağlanacak hizmet miktarı her eyalet tarafından ayrı ayrı belirlenir. Bu program eyalet ve federal hükümet tarafından toplanan gelir vergileriyle finanse edilir.

ABD’de esas olarak serbest piyasa ilkesi geçerlidir. Sağlık sigortası büyük oranda kâr amaçsız özel Blue Cross ve Blue Shield kuruluşu ve kâr amaçlı ticari kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Blue Cross ve Blue Shield hastane, ameliyat ve diğer tedavi masraflarını karşılar. Ticari kuruluşlar kâr hedefine yönelik olarak faaliyet sürdüren özel sigorta kurumlarıdır. Medicaid programının sağlık hizmetleri kapsamına almayı hedeflediği kitle çocuklardır. Medicare ise 65 yaş ve üstündeki herkesi gelir seviyesine bakmaksızın kapsama alan programdır. Bu program hastane ve hekim masraflarının tamamını karşılamamakta, belirli miktarları karşılamakta, geri kalan kısmı hastanın kendisi karşılamaktadır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pahalı hizmetler Medicare tarafından karşılanmamaktadır.⁸⁷

3.1.2. Avustralya

Avustralya sağlık sisteminin en belirgin özelliği üretimin özel sektöre dayanması ve hastalardan belli bir bedel alınmasıdır. Geçmişten gelen uygulamayla da, ödeme gücü olmayanlar kamuya ait hastanelerde tedavi olabilmektedir.

1973 yılında zorunlu sağlık sigortası olan “Medibank” uygulamaya sokuldu. Bu sistem altında tedavi gören fertlere, yaptıkları masrafın en az yüzde altında tedavi gören fertlere, yaptıkları masrafın en az %85’i hatta bazı bölgelerde tamamı geri ödenirdi. Ancak sistem 1975-1983 yılları arasında çeşitli şekillerde değişikliğe uğratıldı. En son 1983 yılında ABD’dekine benzer “Medicare” olarak adlandırılan zorunlu sağlık sigorta programına geçildi. Bu sözkonusu programın finansmanı gelir vergisi üzerine getirilen bir ilave ile yapılmaktadır. Medicare programında da diğeri gibi hastaların ödedikleri tedavi masraflarının %85’i bazende tamamı geri ödenir. Devletin doğrudan finansmanını karşıladığı hastanelerde, ayakta tedavi bedavadır. Bazı durumlarda yataklı tedavi de bedava olabilir. Yataklı tedavi olacak kişilerin özel tedavi ve doktor tercih hakkı vardır. Bu durumda, doktor ve hastane masraflarını kişi

⁸⁶ Tathoğlu, a.g.e., s.74.

⁸⁷ B. KILIÇ, “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, Şubat 1995, s.33

ödemek zorundadır. Eğer hasta, hem ayakta ve hem de yataklı tedavi olmak zorundaysa, genellikle birinci tedavi masraflarını Medicare, ikincisini ise özel sigorta vasıtasıyla ödenir. Son zamanlarda kompleks sağlık problemi olan hastalara yönelik özel hastane sayısında önemli bir artış görülmektedir.⁸⁸

Avustralya'daki sistem finansman kaynağı ve hizmet üretim şekil bakımından Kanada'ya oldukça benzemektedir. Tek fark, Avustralya'da programın idaresinde merkezi hükümetin ağırlığı daha fazladır.

3.1.3. Kanada

Kanada'da sağlık hizmetleri ulusal sağlık sigortası programı çerçevesinde yürütülür. Bu program 1971 yılında, ABD benzeri bir sistemi uygulamadan kaldırarak devreye sokulmuştur. Yürütülmesi esas olarak mahalli yönetimlere bırakılmış olup, birbirinden bağımsız planlar şeklinde bir görünüm arzeder.⁸⁹

Federal ve mahalli hükümetler hizmetlerin finansmanında eşit miktarda katılımda bulunurlar. Sözkonusu katılım, toplam sağlık harcamalarının üçte birine tekabül eder. Geri kalan finansman ihtiyacı ise özel kaynaklardan sağlanır. Hastalardan talep edilen maliyete katılım payı oldukça azdır. Hizmetten yararlanma universal'dir⁹⁰ ve program ABD ile karşılaştırıldığında basittir.

Hastane ve benzeri sağlık tesisleri genelde bağımsız ve gönüllü kuruluşlara aittir. Bunların finansman kaynağı ise genel bütçeden yapılan blok tahsisatlarıdır. Yani mülkiyet özel, finansman kaynağı kamusaldır.

Kanada'da sağlık hizmetleri üretimi özel sektör tarafından yürütülmektedir. Hizmetin finansmanı ise kamu kaynaklarıyla yapılmaktadır.

Genel sağlık sigortasının uygulandığı Kanada'da gelir durumuna bakılmaksızın ihtiyacı olan herkese eşit tıbbi bakım imkanı sunulmakta, sağlık kartesi uygulaması sebebi ile fakirlerin sağlık tüketimi zenginlere göre daha fazla artmaktadır. Kanada'da genel sağlık sigortası sisteminin ihdasından önce ve sonra bazı şehirlerde yapılan araştırmalar fakirlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında zenginlere nazaran daha büyük artışlar olduğunu, doktor ve hasta hizmetlerine olan toplam talebin arttığı ve doğum öncesi düzenli

⁸⁸ Tatlıoğlu, a.g.k., s.80.

⁸⁹ J.A. CULYER, Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality, Past and Future, Canadian Tax Foundation, Toronto, 1988, s.52'den zikreden; Tatlıoğlu, a.g.k., s.77.

⁹⁰ Kılıç- Bumin, a.g.k., s.44.

doktor kontrolü nedeniyle düşük doğumlarında ve bebek ölüm oranlarında azalış olduğunu ortaya koymuştur. Genel sağlık sigortası doğum öncesi düzenli bakımın yanında, doğumun hastanede yapılması sebebi ile bebeğin hayatta kalma ümidini artırmıştır.⁹¹

3.2. Sağlık Sigortası Uygulanan Ülkelerin Genel Özellikleri

Sağlık sigortası sisteminin uygulandığı ülkelerden ABD, Avustralya, Kanada'da sağlık sistemi ana hatlarıyla ele alındığında ortaya çıkan sonuç, bu ülkelerde uygulanmakta olan sağlık sistemlerinin birbirinden önemli farklılıklar gösterdiğiidir. Ancak uygulanan sistemler, birbirinden farklı gibi görünse de ortak özellikler taşır. Bu ortak özellikler şöyle sıralanabilir.⁹²

- Uygulama kapsamlı ve geneldir,
- Yönetim birliği sağlanmıştır,
- Sigorta normları ulusaldır,
- Doktor ve hastane seçimi serbesttir,
- Toplumca üretilen tüm sağlık hizmetleri programa dahil edilmiştir.

Bu nitelikler sağlık sigortası sisteminin uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetlerinin etkinliğini, yaygınlığını ve verimliliğini sağlamaktadır. Sistem kendi kendini denetlemektedir.

Sağlık sigortalarının finanse edilmesi konusunda ülkeler (Avustralya, Belçika, Almanya, Fransa, İtalya, Hollanda, İsviçre, İngiltere gibi), kendi sosyo-ekonomik şartlarına göre ayrı finansman sistem ve yöntemleri oluşturmuşlardır. Mesela, İngiltere'de Ulusal Sigorta Sistemi esas itibarı ile genel vergilerle finanse edilirken, maliyetlerin sadece %10'u işçi, işverenlerin ödedikleri katkılardan karşılanmaktadır. Almanya'da ise sosyal sigortalar tamamen çalışanların çalışmasıyla devam ettikleri sürece ödedikleri primlerden oluşan bir fon tarafından finanse edilmektedir. Ülkelerin kendi sistemleri içinde ödenen primlerin miktarı sabit olup olmaması, ne kadarının çalışanların, ne kadarının işverenler tarafından ödeneceği ülkeden ülkeye farklı uygulamalar göstermektedir.⁹³

Sağlık sigortası sisteminin uygulandığı ülkelerin ortak özellikleri vardır. Bunlar:⁹⁴

- Kişi başına düşen milli gelir yüksektir. (20.000 doların çok üstündedir.)

⁹¹ M. HANRATTY, "Canadian National Health Insurance and Infant Mortality", Labor Economics Workshop, Cornell University, February 1992, s.10'dan zikreden, Kurtulmuş, a.g.k., s.78.

⁹² O. ARIKAN, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye", Maliye Yazıları, sayı.5, Şubat- Mart 1987, s.26.

⁹³ Comite European Des Assurances, Health: Technical Compendium, 1992 Edition, Brüksel'den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.89.

⁹⁴ Arıkan, a.g.k. s.26.

- Eğitim düzeyi yüksektir.
- Nüfusun büyük çoğunluğu şehirlerde yaşamaktır.
- İşgücü, endüstri ve hizmet sektöründe yoğunlaşmıştır.
- İşsizlik sigortası mevcuttur.

Bu özellikler, sağlık sigortası uygulamasını kolaylaştırmaktadır. Belirli ve yüksek gelire sahip kişilerden, iyi organize olmuş toplumdan prim toplamak mümkün olmaktadır. Belli merkezlerde toplanan insanlara sağlık hizmeti sunmak kolay olmaktadır.

Sağlık sigortası yoluna başvuran ve başarılı olan ülkelerde (ABD, Kanada, Fransa, Almanya, Norveç, Danimarka, İsveç, İtalya, İspanya gibi) kişi başına milli gelir yüksek (20.000 doların üstünde)⁹⁵, kültür seviyesi ileridir.

4. Sağlık Sistemlerinin Finansman Yöntemleri

Daha önce bahsi geçen kamu yardım sistemi, sağlık sigortası sistemi ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminin her birinde farklı finansman yöntemleri uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri iki ana başlık altında incelenmektedir.

- Doğrudan finansman yöntemi,
- Dolaylı finansman yöntemi.

Doğrudan finansman yöntemi; hizmetten faydalanan, hizmetin bedelini doğrudan kendisi ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, hizmeti arz eden kamu veya özel müessese veya kişiye doğrudan ödemektedir.

Dolaylı finansman yönteminde ise, hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme müessesesi “üçüncü taraf ödeyici” yer almaktadır. Arz müessesesi ile talep sahipleri arasında para alışverişi tamamen veya kısmen ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlarda denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı sistemlerde tüketicilerin risk paylaşımı sözkonusudur. Hastalık riskinin yol açabileceği harcamalar sadece kullanıcı tarafından yüklenilmemekte, ancak aracı mali müesseseye katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Hizmetten faydalanmada ortak fona yapılan katkılar dikkate alınmaz, ancak belirlenecek asgari hizmet düzeyinin üzerinde bir talebi karşılamak üzere, ortak bir fona ilave bir katkı sağlanması istenebilir.⁹⁶

⁹⁵ Tokat. a.g.k.. s.77.

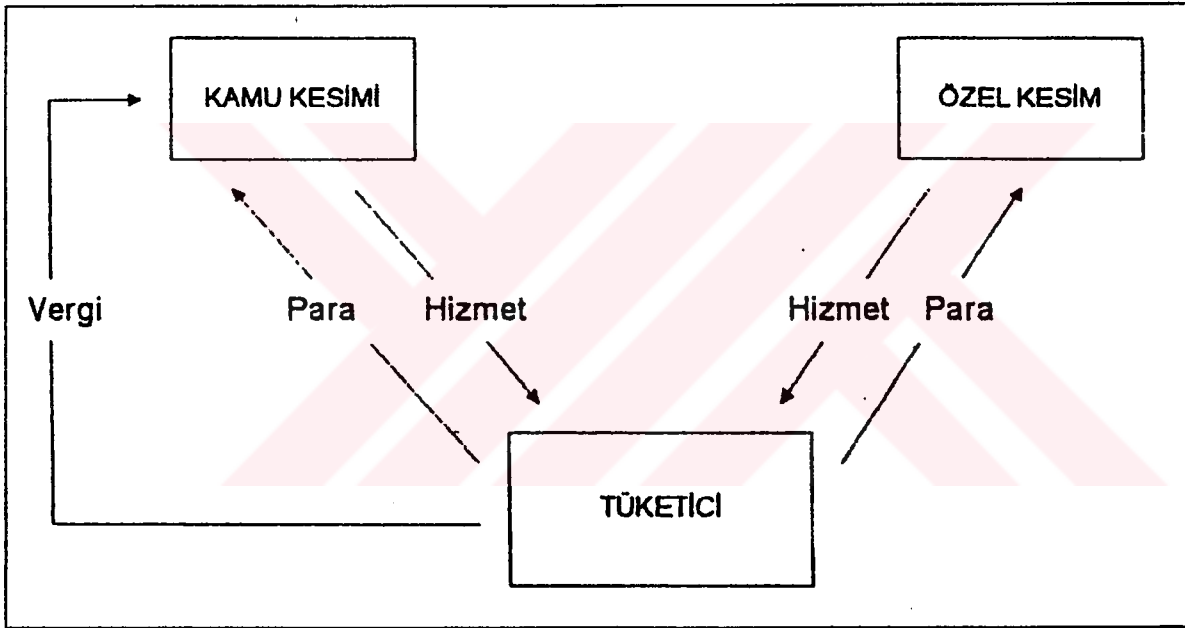
⁹⁶ Yıldırım. a.g.k.. s.39.

Mali aracı, temel finans kaynağı vergi olan devlet olabileceği gibi, sigorta primleriyle finanse edilen sigorta kuruluşu veya üyelerin aidatlarıyla finanse edilen yardım sandığı da olabilmektedir.

Doğrudan finansman yönteminde bir tarafta tüketiciler, diğer tarafta ise kamu veya özel kesim hizmet sunucuları yer almakta olup, sistem oldukça basit bir yapı göstermektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise sistem daha karmaşık olup, tüketici, üretici, aracı ve kamu kesimi arasında çoklu bir ilişkiler ağı söz konusudur.⁹⁷

Her iki yönetim uygulandığı sistemdeki hizmet ve para akışını, Ferranti Şekil. 2 ve Şekil. 3 yardımıyla izah etmektedir.⁹⁸

Şekil 2. Sağlık Sektöründe Basit Kaynak ve Hizmet Akışı



Kaynak: Ferranti, D. De., "Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview," World Bank Staff Working Paper n.721, The World Bank, Washington, DC, USA, 1985, s.14'den zikreden; Yıldırım, a.g.k., s.41.

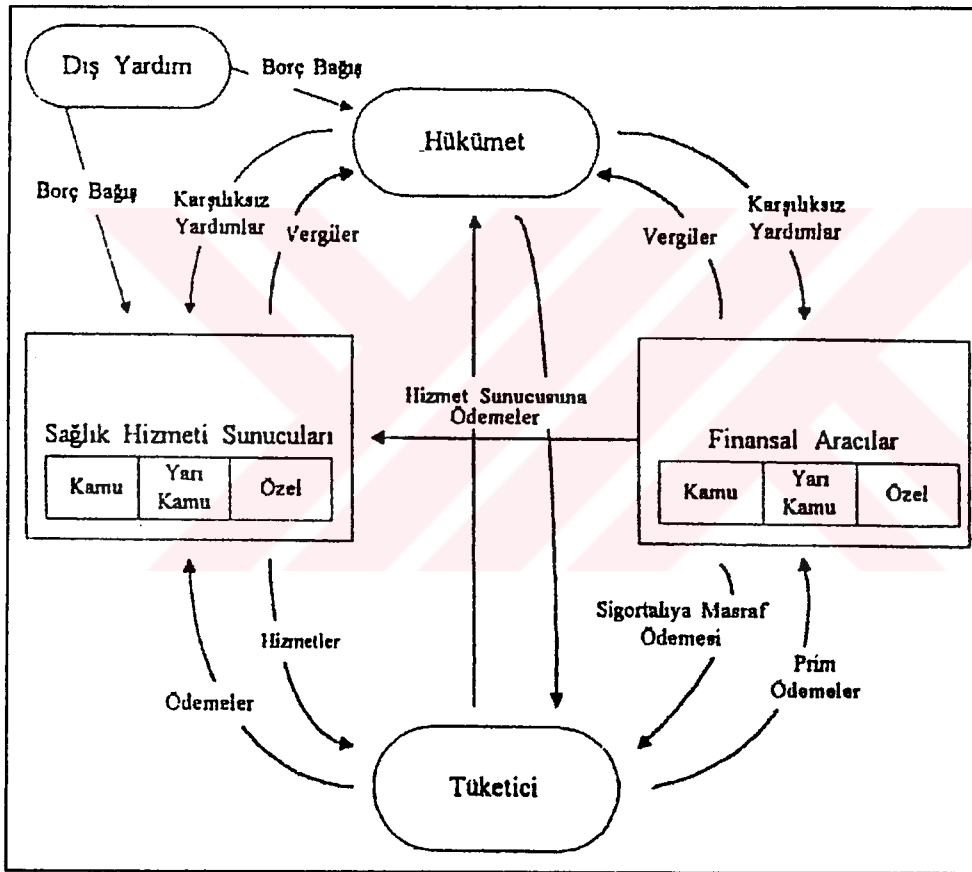
Şekil 2'de basit haliyle görüldüğü gibi, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek suretiyle tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali külfeti, tüketici kendi tasarruflarından karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Bu sistemde, bazı tüketicilerin harcamalarının hükümet tarafından desteklenmesi de söz konusu olabilmektedir.

⁹⁷ Yıldırım, a.g.k., s.40.

⁹⁸ D. De FERRANTI, "Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview," World Bank Staff Working Paper n.721, The World Bank, Washington, DC, USA, 1985, s.14'den zikreden; Yıldırım, a.g.k., s.40.

Şekil 3’de görüldüğü gibi, hükümet ile mali araçlar arasında hizmet sunucuları ve hükümet arasında hizmet sunucuları ve tüketiciler arasında, tüketiciler ile mali araçlar arasında, mali araçlar ile diğer unsurlar arasında, hizmet sunucuları ile diğer unsurlar arasında karmaşık bir kaynak ve hizmet akımı söz konusudur. Az gelişmiş ülkelerde daha basit bir yapı görmek mümkün olup; çok az sayıda veya yeterince gelişmemiş mali araçlar söz konusu olabilmektedir. Ülkeler ekonomik, sosyal, idari yapı olarak geliştikçe, sağlık hizmetlerinin finansman yapısı karmaşık bir hal almaktadır.⁹⁹

Şekil 3. Sağlık Sektöründe Karmaşık Kaynak ve Hizmet Akışı



Kaynak: Ferranti, D. De., "Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview," World Bank Staff Working Paper n.721, The World Bank, Washington, DC, USA, 1985, s.14'den zikreden; Yıldırım, a.g.k., s.41.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, gelirin yeniden dağıtımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme üzerinde etkilidir.¹⁰⁰

⁹⁹ Ferranti, a.g.k., s.15'den zikreden; Yıldırım, a.g.k., s.42.

¹⁰⁰ OECD, a.g.k., s.25'den zikreden; Kurtulmuş, a.g.k., s.84.

F. SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

1. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Özellikleri

Bugün dünyada bir çok ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu görevini aile hekimleri üstlenmişlerdir. Aile hekimliğinin gelişmesi ve yaygınlaşması 1950'lerde başlamıştır. ABD'de 1947 yılında aile hekimliği uzmanlığına akademik kabul kazandırmak için American Academy of General Practice kurulmuştur. 1971 yılında ise bu akademinin ismi American Academy of Family Physicians (AAFP) şeklinde değiştirilmiştir. Avrupa'da ise Aile Hekimliğinin ilk üniversite kürsüsü 1963 yılında İngiltere'de kurulmuştur. 1972 yılında İngiltere'de Aile Hekimliği Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji olarak kurumsallaşmıştır.¹⁰¹

Aile hekimliği sürekli, kapsamlı ve kişiye yönelik hizmet, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, hastalıklardan korunma ve sağlıklı olmanın sürekliliğini sağlama gibi birinci basamak hizmetlerini gerçekleştirir. Aile hekimliği bu haliyle herhangi bir finansman sistemi olmadığı gibi hizmet sunum organizasyon şekli de değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan tıp disiplini. Aile hekimliği için temel tıp eğitiminden sonra ortalama üç yıllık eğitim gereklidir. İlk başvuru hizmetlerine öncelik veren, sağlığın sürdürülmesi ve hastalığın tedavisinin sağlanmasında sorumluluk gerektiren, hasta ile hekim arasında birebir iletişimi içeren tıbbi hizmet sunumu şekli olan Aile hekimliğinin özellikleri aşağıda belirtilmektedir.¹⁰²

- Aile hekimliği yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, ırk, din gibi toplum içindeki belli sınıflara yönelik olarak veya sağlıkla ilgili problemlerde sınıflama yapılarak hizmet sunumu planlamaz. Mümkün olan en kısa sürede kolayca ulaşılır olmalıdır, yararlanma hakkı coğrafi, kültürel, finansal engellerle sınırlı olmamalıdır.
- Aile hekimliği hasta ve doktor arasında uzun süreli kişisel ilişkiye dayanır.
- Aile hekimliği kişilere fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan yaklaşarak sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, destekleyici hizmetleri entegre şekilde sunar.
- Aile hekimi, gerekli olduğunda, hastanın uzman kliniğe ya da başka bir sağlık çalışanına uygun şekilde ve zamanında sevk edilmesini sağlamalıdır. Bu gibi

¹⁰¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Aile Hekimliği Yayınlanmamış Çalışma, Ankara, 1988, s.6.

¹⁰² WHO, Framework for Professional and Administra Development of General Practice/Family Medicine in Europe, Geneva, 1988, s.5-6.

durumlarda aile hekimi, hastayı var olan hizmetler ve onlardan nasıl yararlanacağı konusunda bilgilendirmelidir ve hastanın alacağı tavsiyelerin koordinatörü olmalıdır. Diğer sağlık ve sosyal hizmet kuruluşlarıyla ilişkili olarak sağlık sorunlarının çözümünde gerektiğinde yönetici gibi davranmalıdır.

- Aile hekimleri, tıp, sağlık, sosyal hizmetlerin sunumunda yer alan diğer kişilerle beraber çalışmak üzere yetiştirilmelidir.
- Aile hekimi bireyin sağlık problemlerini ailenin sağlık durumuna, sosyal, kültürel ilişkilerine içinde yaşadığı çevrenin durumuna göre değerlendirir.
- Aile hekimi hastanın problemlerini onun toplumdaki yapısı içinde değerlendirmeli, bir toplumda yer alan nüfusun sağlık ihtiyaçlarından haberdar olmalı, diğer sektörler ve yardım kuruluşlarından yardım alarak bölgesel problemlerindeki pozitif değişim konusunda yardımlaşmalıdır.

2. Norveç Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulaması

Norveç sağlık hizmetleri organizasyonunun en üst düzeyinde yer alan Sağlık- Sosyal İşler Bakanlığı'nın görevleri; sağlık politikaları üretmek, sağlıkla ilgili yasalar hazırlamak, sağlık finansmanı ve planlamasını yapmaktır. Norveç sağlık hizmetleri organizasyonunda yer alan Sağlık Hizmetleri Direktörlüğü ise birinci basamak, hastane, ilaç çevre sağlığı gibi bölümlerden oluşur. Sağlık Hizmetleri Direktörlüğünü bölgelerde Bölge Sağlık İdareleri temsil eder. Bunların görevleri ise hastane hizmetlerinin yönetimini ve birinci basamak hizmetlerinin denetimini sağlamaktır.¹⁰³

Birinci basamak hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, hastalıkların tedavisi (Aile hekimleri tarafından), fizyoterapi, rehabilitasyon ve hemşire hizmetleri yerel yönetimler (belediyeler) tarafından yürütülür. Birinci basamak sağlık personelinin çoğu belediyenin personelidir. Belediye Sağlık Planı'na göre doktorlar ve fizyoterapistler belediyeye bağlı veya kontratlı serbest pratisyen olarak çalışmayı seçmekte serbesttirler. Norveç'te devlet sağlık merkezlerinin ve aile hekimleri, hemşireler, fizyoterapist gruplarının birlikte çalışmasını teşvik eden politikalar uygulanmaktadır. Aile hekimlerinin çoğu büyük şehirler dışında, bu tür sağlık merkezlerinde çalışırlar.

Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri aracılığı ile yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır. 1500-2500 kişi bir aile hekimine kayıt olmakta, aile hekimleri seçme hakkı kişilerin kendilerine ait olmaktadır. Hangi bölgede, kaç aile hekiminin

¹⁰³ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.12.

çalışacağına yerel yönetimler karar verirler. Aile hekimlerinin haftada otuzsekiz saat çalışma zorunluluğu vardır. Aile hekimleri belediye sınırları içindeki coğrafya tanımlanmış topluma hizmet sunarlar. Uygulamada aile hekimleri istedikleri yerde çalışabilmektedirler. Ancak bu durumda Belediye Sağlık Planı'na Uymadıkları için sigorta sistemine kontratlı olmamaktadırlar. Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerini yanlarında çalıştırdıkları bir hemşire ile verirler. Hemşire haftada yirmiüç saat çalışır ve ücretini aile hekiminden alır. Basit kan, idrar tahlilleri muayenehanede yapılır. Gerekli diğer tahliller için hastalar, hastaneye sevk edilirler. Hekimlerin ücretlerinin ödenme şartları Sağlık- Sosyal İşler Bakanlığı ile Norveç Tabipler Birliği'nin görüşmeleri sonucu kararlaştırılır. Bu anlaşma ülkedeki tüm doktor ve yerel yönetimlere uygulanır. Bu anlaşmaya göre belediyeler tarafından çalıştırılan aile hekimlerinin maaşları sabit olup fazla mesai ücreti ile desteklenirler. Norveç'te 1993 yılında başlayan kişisel aile hekimliği liste sistemine göre ücretlendirme, kişi başına yapılan ödemeler, hizmet karşılığı yapılan ödemeler ile hastadan doğrudan alınan ödemelerden oluşur. Buna göre aile hekimi ücretinin %50'sini yerel yönetim, %25'ini sigorta, diğer %25'ini de hastalar doğrudan öderler.¹⁰⁴

¹⁰⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.15.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİKRİNİN GELİŞİMİ

A. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

Sağlık hizmetlerinin bugünkü mevcut durumu değerlendirilirken konuya dört başlık altında yaklaşılmaktadır. Bunlar; altyapı, insangücü, organizasyon ve finansmandır.¹⁰⁵

1. Sağlık Hizmetleri Altyapısı

1.1. Sağlık Hizmet Birimleri

Ülkemizde sağlık hizmetleri birbirinden ayrı faaliyet gösteren kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Hizmet kapasitesi açısından Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı ve Üniversiteler hizmetin esas üreticileri olup, ilave olarak KİT, belediyeler, diğer bakanlıklar, dernekler, yabancılar, azınlıklar ve özel kesim az da olsa hizmet üretmektedirler. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar Tablo. 8 ve Tablo. 9'da tesis ve yatak sayıları itibarı ile verilmiştir.

Tablo 8. Kuruluşlara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Kuruluşlar	1997		1998 (1)	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak sayısı
Sağlık Bakanlığı	692	79902	721	81422
Milli Savunma Bakanlığı	42	15900	42	15900
SSK Genel Md.	115	25609	115	26177
K.İ.T.	10	2217	10	2217
Diğer Bakanlıklar	2	680	2	680
Tıp Fakülteleri	36	23058	39	23753
Belediyeler	6	1218	7	1273
Yabancılar	5	609	5	609
Azınlıklar	5	934	5	934
Dernekler	15	1263	16	1293
Özel	176	7901	205	9654
Toplam	1104	159291	1167	163912

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT, 1999 Yılı Programı, Ankara, 1998, s.45.

(1) Geçici

¹⁰⁵ Yıldırım, a.g.k., s.23.

Tablo 9. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, 1925-1997

Yıllar	Kurum Sayısı	Hasta Yatak Sayısı	Bir yatağa Düşen Nüfus	10000 nüfusa düşen yatak sayısı
1925	167	9561	1360	7.3
1930	182	11398	1260	7.8
1935	176	13038	1240	7.0
1940	198	14383	1240	8.0
1945	197	16133	1160	8.5
1950	301	18837	1100	9.0
1955	426	34526	690	14.4
1960	566	45807	600	16.6
1965	626	55451	560	17.8
1970	746	71876	490	20.3
1975	798	80264	493	20.3
1980	827	99117	451	22.2
1985	722	103918	495	20.2
1986	736	107152	481	20.8
1987	756	111135	475	21.0
1988	777	113010	479	20.8
1989	812	116061	479	20.9
1990 (1)	899	136638	416	24.0
1991	941	139606	413	24.2
1992	970	142511	411	24.3
1993	1004	147774	405	24.7
1994	1024	150565	406	24.6
1995	1051	151972	405	24.6
1996	1076	155819	402	24.8
1997	1120	160884	389	25.7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedav, Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, Yayın no:599, Ankara, 1998, s.29.

(1) 1990 yılından itibaren, MSB’na ait yataklı tedavi kurumları dahildir.

Tablolardan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmektedir. Hasta yataklarının %95.5’i, koruyucu sağlık hizmet birimlerinin tamamı kamu kesimine aittir. Yatak sayımız yetersizdir. AT ülkelerinde ortalama 92 kişiye bir hasta yatağı düşerken, ülkemizde 421 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir.¹⁰⁶

Hasta yataklarının %50.8’i Sağlık Bakanlığı’na, %13.3’ü üniversitelere, %17.5’i SSK Genel Müdürlüğü’ne, %12,1’i diğer bakanlıklara, %1.8’i diğer kuruluşlara, %3.7’si özel

¹⁰⁶ M. TOKAT, - H. KISAER, Hastanelerde Maliyet Etkinlikleri ve Performans Analizi, MPM, Yayın no:455, Ankara 1991, s.36.

sektöre aittir. Hasta yatak kapasitesi kullanım oranı bizde %58'dir. Avrupa Topluluğu ülkelerinde bu oran %80'dir.¹⁰⁷

Etkili işleyen bir hasta müracaat zincirinin bulunmayışı, kapasite ve yer seçimindeki yanlışlıklar, rasyonel olmayan istihdam politikaları nedeni ile yataklı tedavi kurumlarının kullanım kapasiteleri ülkemizde düşük seviyelerde kalmıştır. Gelişmiş ülkelerde %80 olan bu oran (yatak kullanım oranı) bizde %60'ın üzerine çıkmamıştır.¹⁰⁸

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda dağınıklık sözkonusudur. Hizmetlerde norm ve standart birliği gerçekleştirilememiştir. Sağlık altyapısının yurt sathında dağılımı da dengesizdir. Sağlık altyapısının İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde toplanmış olması, sağlık insangücünün de bu merkezlerde toplanmasına yol açmış, az gelişmiş bölgeler aleyhine bir gelişme olmuştur.¹⁰⁹

Ülkemizde tedavi hizmetleri, önce uzmanlık gerektiren genel hastanelere, sonra araştırma hizmeti ağırlıklı eğitim hastanelerine uzanan bir sevk zinciri içerisinde verilmemektedir. Gereksiz yere hastane kapılarına yığılmalar olmaktadır. Hastanelerin modern yönetim anlayışıyla işletilememesi, aşırı merkeziyetçilik hizmet maliyetlerinde artışlara, hizmetlerde verimsizliğe neden olmaktadır.¹¹⁰

1.1.1. Sağlık Bakanlığı

Tablo 8'den anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri sunumunda ağırlık kamu kesimindedir. Yaygın sağlık hizmeti sunulmasıyla ilgili en önemli rolü Sağlık Bakanlığı üstlenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri tamamen Bakanlık tarafından yürütülmektedir. Ancak hastanelerin yurt sathında dağılımı dengesizdir. Yatak sayısı yetersizdir. Bu durum Tablo 10'da görülmektedir.

¹⁰⁷ M. VARLIK, "Sağlık hizmetlerinden Beklentilerin Taraflar Açısından İrdelenmesi, Basılmamış Makale, Ankara, 1996, s.3.

¹⁰⁸ Yıldırım, a.g.k., s.36.

¹⁰⁹ Yıldırım, a.g.k., s.30.

¹¹⁰ DPT, Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ankara, 1997, s.153.

Tablo 10. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarının İl, İlçe Merkezlerine ve Bölgelere Göre Dağılımı, 1997

İller-Bölgeler	Kurum Sayısı	Yatak	
		Sayısı	% Payı
Toplam	698	80297	100
İl merkezleri	191	54566	68.0
İlçe merkezleri	507	25731	32.0
3 Büyük İl (Ank, İst,İzm) Top.	77	21245	26.5
İl merkezleri	46	19300	
İlçe merkezleri	31	1945	
I. Öncelikli Yörelere (50 il) Toplam	366	28656	35.7
İl merkezleri	81	18311	
İlçe merkezleri	285	10345	
Diğer İller (27 il) Toplam	255	30396	37.8
İl merkezleri	64	16955	
İlçe merkezleri	191	13441	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, Yayın no:599, Ankara, s.10.

Sağlık altyapısının büyük kentlerde (Ankara, İstanbul, İzmir) toplanmış olması, diğer az gelişmiş bölgelerimizin aleyhine neden olmaktadır.

1.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal Sigortalar kurumu ülkemizde ikinci büyük tedavi hizmeti üreticisidir. SSK hizmetlerinden, bir hizmet akdiyle çalışan, prim ödeyen (işveren katkısı da sözkonusudur) işçiler ve kurumdan aylık alan pasif sigortalılar ile onların bağımlıları yararlanmaktadır. Kurum sadece tedavi hizmeti vermektedir.

Kurum, 1997 yılında Tablo 11'de görüleceği gibi, 22.940 yatak kapasiteli 96 genel hastane, 2421 yatak kapasiteli 4 sanatoryum ve diğer sağlık tesisleri ile toplam 28.881 yatak kapasiteli 117 yataklı tesis ile hizmet vermiştir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ihmal edildiği için verilen hizmet pahalı ve giderek de artmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sigortalılarına sağlık hizmeti sunması, hizmetten yararlananların tercih hakkını sınırlarken tüketici tatmininin de yetersiz düzeyde kalmasına yol açmakta, çağdaş işletmecilik gerektiren tedavi hizmeti sunumunda kaynakların verimsiz kullanımına sebep olmaktadır.¹¹¹

¹¹¹ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996- 2000), 1997 Yılı Programı, Ankara, 1996, s.80.

Tablo 11. Kurum Sağlık Tesisleri ve Yatak Sayıları

Sağlık Tesisleri	1994		1995		1996		1997	
	Tesis Sayısı	Yatak Sayısı	Tesis Sayısı	Yatak Sayısı	Tesis Sayısı	Yatak Sayısı	Tesis Sayısı	Yatak Sayısı
Hastane	95	21659	96	21859	95	21546	96	22940
İhtisas Hastanesi	0	0	0	0	1	400	1	287
Doğumevi	8	2118	8	2118	9	2318	9	2421
Sanatoryum	3	2419	4	2419	4	2419	4	2279
Meslek Hastalık. Hast.	2	82	2	82	2	82	2	82
Ruh Sağlığı Hast. Hast.	2	452	2	452	2	452	2	452
Fizik Tedavi Hastanesi	1	100	1	100	1	100	1	100
Çocuk Hast. Hastanesi	0	0	1	300	1	300	1	224
Göz Hast. ve Göz Bank.	0	0	0	0	1	80	1	96
Huzur Evi	1	47	1	47	1	47	1	47
Ağız ve Diş Sağlığı Merk.	8	0	8	0	9	0	9	0
Dispanser	138	0	148	0	143	0	148	0
Sağlık İstasyonu	198	0	225	0	230	0	232	0
TOPLAM	456	28667	496	27377	499	27744	507	28928

Kaynak: SSK. 1997 İstatistik Yıllığı, Yayın No:607, Ankara, 1997, s:112

1.1.3. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinin sayısı 1998 yılı itibarıyla 39 olup, yatak sayıları 23753'dür. Tablo 8'de bu durum görülmektedir. Bu hastanelerin asıl görevleri, ileri düzeydeki sağlık hizmetlerini araştırma boyutuyla birlikte sunmak ve tıp eğitimi vermektir. Ancak bugün bu maksatlarının dışına taşmış olup, üst müracaat hizmeti vermeleri gerekirken yoğun bir poliklinik talebini karşılamakta ve sıradan hastalık vakalarıyla uğraşmaktadır.¹¹² Hasta sevk sisteminin en üst noktasında yer alması gereken üniversite hastaneleri bugün günlük hizmetlere bakmaktadır. Uygulamalı tıp eğitimi gerektiği gibi yerine getirememektedirler.

1.1.4. Diğer Kamu Kuruluşları

Milli Savunma Bakanlığının 42 hastanesinde 15.900 yatak mevcuttur. Bu hastanelerde Bakanlık mensupları ve silah altındaki askerlere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kamu kesiminde görülen şudur ki; sağlık hizmeti sunumunda çok başlı ve dağınık bir örgütlenme söz konusudur.

1.1.5. Özel Kesim

Ülkemizde kamu sağlık hizmeti ve altyapısının yetersiz olmasına karşın özel kesim yataklı tesislerinin de sayısı ve kapasitesi yetersiz seviyede kalmıştır. Toplam yatak

¹¹² Yıldırım, a.g.k., s.28.

kapasitesinin %5.9'u özel kesime ait olup, özel kesim daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet vermektedir.¹¹³

Sağlık sigortası uygulamalarının nüfusun tamamını kapsamadığı, mevcut sigortalıların büyük kısmının da kendi hizmetini ürettiği (SSK) bir ortamda, özel kesimin yataklı tedavi hizmetlerine olan talep düşük seviyede kalmaktadır. Özel kesim pahalı olan hastane işletmeciliğine yönelmek yerine, fazla sermaye gerektirmeyen muayenehane hekimliğini tercih etmektedir.¹¹⁴

1.2. İlaç, Aşı ve Serum

Ülkemizde, cumhuriyet öncesi dönemde eczanelerde ilaç yapımına başlanmış, daha sonra ihtiyacın artması ile ilk laboratuvar ve fabrikalar kurulmuştur. 1928 yılında çıkarılan 1262 sayılı kanunla ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, yerli üreticilere ithal edilen ilaçlarla rekabet ortamı sağlandığı için ilaç endüstrisi gelişmeye başlamıştır. II. Dünya savaşından sonra, nüfus artışı ve şehirleşme ile birlikte ilaca talebin artması ilaç endüstrisinin hızla gelişmesine sebep olmuştur.¹¹⁵

Ülkemizde 1986 yılında 547 bin kutu ilaç imal edilirken bu sayı 1988'de 598 bin kutu, 1990'da 674 bin kutu, 1993'de 759 bin, 1995'de 810 bin, 1996'da 840.999 kutu ilaç olmuştur.¹¹⁶

Tablo 12. Türkiye'de Yıllara Göre İlaç ve İlaç Hammadde İthalatı (bin ABD \$)

YILLAR	TOPLAM	HAMMADDE	MAMÜL İLAÇ
1987	254300	218900	35400
1988	290324	248042	42282
1989	377032	305794	71238
1990	470114	386258	83856
1991	442726	345674	97052
1992	522395	425530	96865
1993	510532	400532	110000
1994	489174	371174	118000
1995	659608	495827	163781
1996	978505	716755	261749

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1996, Kasım 1997, s.100.

¹¹³ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996- 2000), 1999 Yılı Programı, Ankara, 1998, s.45.

¹¹⁴ Yıldırım, a.g.k., s.29.

¹¹⁵ İlaç ve Kimya İşverenleri Sendikası, Faaliyet Raporu, 1995, s.9.

¹¹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 1996, Yayın No:595, Kasım 1997, s.99.

Türkiye’de satılan ilaçların yaklaşık %93’ü yurt içinde üretilmesine rağmen, ilaç sanayinin ara malı ve hammadde yönünden büyük ölçüde dışa bağımlı olması kaynakların dışarıya aktarılmasına neden olmaktadır. Tablo. 12’de görüldüğü gibi ilaç ve hammadde ithalatı payları artmıştır. İlaç ithalatının yaklaşık %81’ini hammadde ithalatı oluşturmaktadır. İlaç sektöründe ithalatın ihracatı karşılama oranı %15, yurtiçi üretimde yabancı sermayeli ilaç firmalarının payı %38, yerli sermayeli firmaların payı ise %62’dir.¹¹⁷

Ülkemizde ilaç fiyatlarının belirlenmesi esas itibarı ile Sağlık Bakanlığının elindedir. 1984 yılında yapılan bir kararname değişikliği ile ilaç maliyetlerinde firmanın beyanı esas alındığı için ilaç hammaddesinin ithalat maliyetini araştırmak ortadan kalkmış ve ilaç fiyatlarının belirlenmesi firmalara bırakılmıştır.¹¹⁸

Ülkemizde SSK ve Emekli Sandığı gibi kamu sağlık sigortaları kapsamında çok düşük bir katılım payı ile ilaçların verilmesi, çoğu zaman gereksiz ilaç yazılımlarını arttırmakta ve bu yolla evler kullanılmayan ilaçlarla dolmakta, böylece her yıl milyonlarca dolar sokağa atılmaktadır. Aşırı ilaç kullanımı insan sağlığına zararlı olduğu gibi bizim ülkemiz için de doğurduğu maliyetler nedeniyle önemli bir kaynak israfı yaratmaktadır.

Ülkemizde İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, ilaç tanıtım ve promosyonlarında firmaların uymak zorunda oldukları ilkeleri belirtmişlerdir. Tanıtımda etik kriter gereği tüm etkinliklerde gerçeklik ve bilimsellik çerçevesinde kalınması, doğruluğu kanıtlanmamış bilgilerin kullanılmaması, beşeri ilaçların tanıtımının yalnızca hekim, diş hekimi ve eczacılara yapılması, bilimsel içerikli tıbbi dergiler dışında ilaç ilanları verilmemesi gibi kurallar sözkonusu etik kurallardan bazılarıdır.¹¹⁹

Ülkemizde aşı üretimi, cumhuriyetin ilk yıllarında kurulan Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsünce yapılmaktadır. Enstitüsünün üretim teknolojisi yetersiz olup, üretimi daha ziyade bakteriyolojik aşılarda yoğunlaşmıştır. Türkiye’nin ihtiyacı olan virütik aşılardan ise ithal edilmektedir. Enstitü aynı zamanda serum üretimi de yapmakta olup, ihtiyacı karşılamaktan uzaktır.¹²⁰

¹¹⁷ Yıldırım, a.g.k., s.31.

¹¹⁸ D. BOZTOK- B. KILIÇ, “Sağlık Krizine Bilimsel Toplumcu Yaklaşım”, 93-94, Petrol İş, s.746.

¹¹⁹ İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Tıbbi İlaç Tanıtım İlkeleri, İstanbul, Ocak 1993.

¹²⁰ Yıldırım, a.g.k., s.31.

1.3. Tıbbi Cihaz

Ülkemizde tıp fakülteleri başta olmak üzere her yıl milyarlarca lira harcanarak tıbbi cihazlar ithal edilmekte, fakat bu cihazlar gerekli bakım, onarımlarının yapılamaması nedeni ile verimli bir şekilde kullanılamamaktadır. Arızalı cihazlar için bakım ve onarım hizmeti veren bazı tıbbi cihaz firmaları bulunmasına rağmen, çok pahalı olduğu gerekçesiyle gerekli teknik servislerini kurmayan firmalarda mevcuttur. Tıbbi cihaz imal eden gelişmiş ülkeler, tıbbi cihaz sattıkları gelişmekte olan ülkelerdeki cihazların bakım ve onarımının imalatçı firmaların mühendis ve uzmanları ile yapılmasının büyük kadro ve masraf gerektirdiği düşüncesi ile, bu ülkelerde uluslararası kuruluşların desteği ile tıbbi cihaz bakım ve onarım teknisyeni yetiştirme sistemlerini teşvik etmektedirler. İmalatçıların desteklediği bu sistem genellikle beklenen neticeyi vermemekte, basit ayarların dışında pek bir şey yapılamamakta, cihazların kullanım süresi azalarak, sağlık hizmetlerinde verim düşmekte ve bozuk tıbbi cihaz sayısı artmaktadır.¹²¹ Tıbbi cihazların giderek daha komplike hale gelmesi ülkemizde, büyük çoğunluğu dış kaynaklı ve yüksek maliyetli olan bu ürünlerin tam kapasite ile kullanılamaması nedeniyle büyük bir kaynak israfı yaratmaktadır.¹²²

Türkiye’de tıbbi cihaz üretimi yapan firma sayısı 10’u geçmemekte olup, bunların ürettikleri cihazlar bazı laboratuvar malzemeleridir. Yeni yeni ameliyat masaları gibi mekanik veya yarı mekanik malzemeler, röntgen cihazları gibi bazı elektronik cihazların üretimi başlamıştır. İleri teknoloji ürünü cihazların yurtiçi üretimi sözkonusu değildir.¹²³ Tıbbi cihaz ihtiyacının %95’i ithalat ile karşılanmaktadır.¹²⁴ Ülkemizde dışa bağımlılık nedeni ile sağlık yatırımları pahalı tıbbi teknoloji ithalatına dayanmaktadır.

İthalata dayalı tıbbi teknolojinin ithalatı da yıllar içinde giderek artmıştır. 1980-1993 yılları arasında tıbbi amaçlı ithalatın genel ithalata oranı %1.3’ten %4.2’ye yükselmiştir. Tıbbi cihaz ithalatının toplam ithalat içindeki payı da %10.9’dan %17.8’e, tıbbi malzeme ithalatının payı da %4.3’ten %7.5’e yükselmiştir. Tıbbi ithalatın toplam sağlık harcamalarına oranı ise %5.4’ten %18.2’ye yükselmiştir.¹²⁵

¹²¹ DPT, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Ankara, 1991, s.200.

¹²² Kurtulmuş, a.g.k., s.193.

¹²³ Yıldırım, a.g.k., s.32.

¹²⁴ DPT, Price Waterhouse, Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1989, s.232.

¹²⁵ S. ŞEMİN, “Sağlık hizmetlerinde Artan Dışa Bağımlılık: Tıbbi İthalatın ve İhracatın Son Dönemdeki Gelişimi”. Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994.

Görüldüğü gibi tıbbi cihaz ihtiyacımızı ithalat yoluyla sağlamaktayız. Tıbbi cihaz ihtiyacımız yüksek maliyetli ve dışa bağımlı olarak tedarik edilmektedir.

2. Sağlık İnsangücü

Sağlık sektöründe etkili hizmet sunmanın önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli insangücünün bulunmasıdır. Sağlık hizmetleri talebinin özelliği itibarı ile ertelenemez, ikame edilemez bir yapıya sahip olması nedeniyle sağlık hizmeti sunulmasında insangücünün temini, bütün politikaların ağırlık noktasını oluşturmaktadır. Ancak ülkemizde eczacı ve sağlık memuru dışındaki diğer bütün sağlık personeline sayısal bir yetersizlik sözkonusudur. Ülkemizdeki sağlık personelinin sayısal durumu Tablo 13’de görülmektedir.

Tablo 13. Sağlık Personelinin Sayısal Gelişimi

Sağlık Personeli	1996	1997	1998 (1)
Hekim Sayısı	70000	73350	77550
Bir Hekime Düşen Nüfus	903	876	820
Diş Hekimi Sayısı	14200	15365	16215
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus Sayısı	4452	4182	3942
Eczacı Sayısı	18560	19265	20105
Bir Eczacıya Düşen Nüfus Sayısı	3406	3335	3179
Hemşire Sayısı	71400	75011	83011
Bir Hemşireye Düşen Nüfus Sayısı	885	856	770
Ebe Sayısı	45000	48900	52800
Bir Ebeye Düşen Nüfus Sayısı	1405	1314	1211
Sağ. Mem. Ve Sağ. Tek. Sayısı	45400	46475	47151
Bir Sağ. Mem. Ve Sağ. Tek. Düş. Nüf. Sayısı	1392	1382	1356

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), 1999 Yılı Programı, Ankara 1998, s.45.

(1) Geçici

Tablo 14. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, Uzman Hekim ve Pratisyen Hekim Sayısı

Personel	TOPLAM		SAĞLIK BAKANLIĞI		DİĞER	
	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Uzman Hekim	21537	23453	9559	10565	11978	12888
Pratisyen (1)	17774	18175	8875	8807	8899	9368

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, s.36

(1) Pratisyen hekim sayısına asistanlarda dahildir.

Tablo 14'te görüldüğü gibi pratisyen hekim sayısı, asistanlarda dahil olduğu halde, uzman hekim sayısından daha azdır. Batı ülkelerinde sağlık insangücü aşağıdan yukarıya doğru gidildikçe daralan bir piramit görünümü almakta, uzman hekimler sayı olarak piramitin üst kısmında yer alırken, yardımcı sağlık personeli ile pratisyen hekim piramidin daha alt kısımlarında yer alırlar ve sayı bakımından uzman hekimlerden birkaç kat daha fazla olmaktadır. Batı ülkelerinde pratisyen hekim oranı %75, uzman hekim oranı %25'tir. Ülkemizde ise tam tersi bir durum sözkonusudur. Hekimlerin yaklaşık %75'i ihtisas yapmaktadır.¹²⁶ Gelişmiş ülkelerde üst kademedan aşağıya doğru genişleyen insangücü piramidi, ülkemizde sürekli hekim ve özellikle uzman hekimliğin teşviki nedeniyle piramit L şeklini almış, ebeden çok hemşire, hemşireden çok hekim yetiştirilmiştir. Ülkemizde uzun vadeli bir sağlık politikasının olmayışı nedeni ile insangücü planlamasının gerektiği gibi yapılmaması sonucunda problemlere günü birlik çözüm bulunmaya çalışıldığı için hekim ve hastane ağırlıklı bir sağlık sisteminin gelişmesine yol açılmıştır.¹²⁷

Gelişmiş ülkelerde yeni mezun bir hekim birkaç yıl hastanelerde çalışıp genel pratisyen niteliği kazandıktan sonra müstakil hizmet vermekte iken, ülkemizde tıp fakültesinden mezun olan bir hekim hemen bağımsız olarak köy ya da kentlerde muayenehane açabilmekte ve sağlık kuruluşlarında çalışmaya başlamaktadır. Bu durum önemli problemleri de gündeme getirmektedir. Pratisyen hekimin iyi yetişmemiş olması, ücretlendirmelerinin ve toplumdaki prestijlerinin uzman hekimlere göre düşük olması bu grubu özel bir dalda uzmanlaşmaya zorlamakta, bunun sonucunda uzman hekimlerin sayısı pratisyen hekimlere göre giderek artmaktadır.¹²⁸

Ülkemizde üniversiteye girişteki yığılmalar nedeni ile tıp eğitimindeki kontenjanlar artırılmakta, laboratuvar ve uygulama imkanlarının yeterince genişletilememesi tıp eğitiminin kalitesini düşürmektedir. Buna ek olarak, hekimlere ülke ihtiyaçları doğrultusunda eğitim verilememekte mezuniyet sonrası eğitim ise son derece yetersiz düzeyde kalmaktadır.¹²⁹

Ülkemizde sağlık insangücü eğitim ve istihdamındaki sorunlar sık sık kalite ve sayının yetersizliği tartışmasını gündeme getirmektedir. Bu hususta kimi çevrelerce daha kaliteli hekim yetiştirme yolunun yalnızca daha az sayıda hekim yetiştirmekten geçtiği tezi ısrarla savunulmaktadır. Türkiye'nin sağlık göstergelerinin ve sağlıktaki yetişmiş insangücünün

¹²⁶ DPT, "Türkiye Hekim İhtiyacı ve...", s.17.

¹²⁷ Kurtulmuş, a.g.k., s.143- 144.

¹²⁸ DPT, "Sosyal Güvenlik ve...", s.152.

¹²⁹ N. SERTER, "Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerindeki Gelişmeler", Sosyal Siyaset Konferansları, 46. Kitap, 1996, s.421.

yetersizliği ortada iken daha az hekim tezinin sadece hekimler tarafından savunulması, ve toplumun diğer kesimlerinden destek bulmaması oldukça anlamlıdır. Toplumun sağlık sorunlarına çözümler getirecek olan yüksek kalitede insangücü yetiştirmek için akılcı yaklaşım; eğitim kurumlarında sayısal azaltmaya gitmeden imkanları en iyi şekilde değerlendirerek etkili bir mekan ve öğretim üyelerinin zamanlarının planlamasına gitmek ve orta vadede sorunları ortadan kaldırmaktır. İleri seviyede insan gücü açığı bulunan bir ülkede, etkili eğitim planlamasıyla çözümler mümkün olan sorunların, kaynakların verimsiz kullanımına ve gelecekte karşılanamayan bir sağlık insangücü açığıyla karşılaşılmamasına yol açacak olan, eğitim kapasitesinin daraltılması gibi akılcı olmayan yöntemler ile giderilmesi mümkün olmayacaktır.¹³⁰

Sağlık insangücünün yurt düzeyinde dengesiz dağılımı varlığını sürdürmekte, özellikle belli bölgelerde uzman hekim ile yardımcı sağlık personeli açığı önemini korumaktadır. Hekimlerin %42'si üç büyük kentimizde (Ankara, İzmir, İstanbul) bulunmaktadır.¹³¹

Gelişmiş ülkelerde 200-300 kişiye bir hekim, her bir kişiye de 50-100 hasta yatağı düşer hale gelmiştir. Bizde ise yaklaşık 900 kişiye bir hekim, 10.000 kişiye 24 hasta yatağı sunulabilmiştir.¹³²

Ülkemizde hekimlerin %52'si Sağlık Bakanlığı'nda, %16.5'i üniversitelerde, %10.4'ü SSK'da, %13.9'u özel sektör veya kendi hesabına çalışmaktadır. Hekimler sağlık sektörü için sayıca yetersizdir.¹³³

Sağlık insangücü ile ilgili olarak eğitim ve istihdam planlamalarının uygulanmasındaki yetersizliklerden kaynaklanan önemli sorunlar sözkonusudur.¹³⁴ Ülkemizde ileri seviyede bir sağlık personeli açığı vardır. Sağlık insangücünün eğitim programları gözden geçirilerek ülke şartlarına uygun hizmeti sunacak personeli yetiştirmek üzere gerekli düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır.

3. Yönetim ve Organizasyon

Organizasyon günümüzde emek, sermaye, doğal kaynak ve müteşebbisten sonra beşinci üretim faktörü olarak kabul edilmektedir. Sağlık sistemimizde kaynak ve insangücü kullanımındaki verimsizliğin sebeplerinden biri etkili bir organizasyon yapısının olmayışıdır.

¹³⁰ Yıldırım, a.g.k., s.34.

¹³¹ DPT, 1999 Yılı Programı, s.44.

¹³² Tokat, a.g.k., s.81.

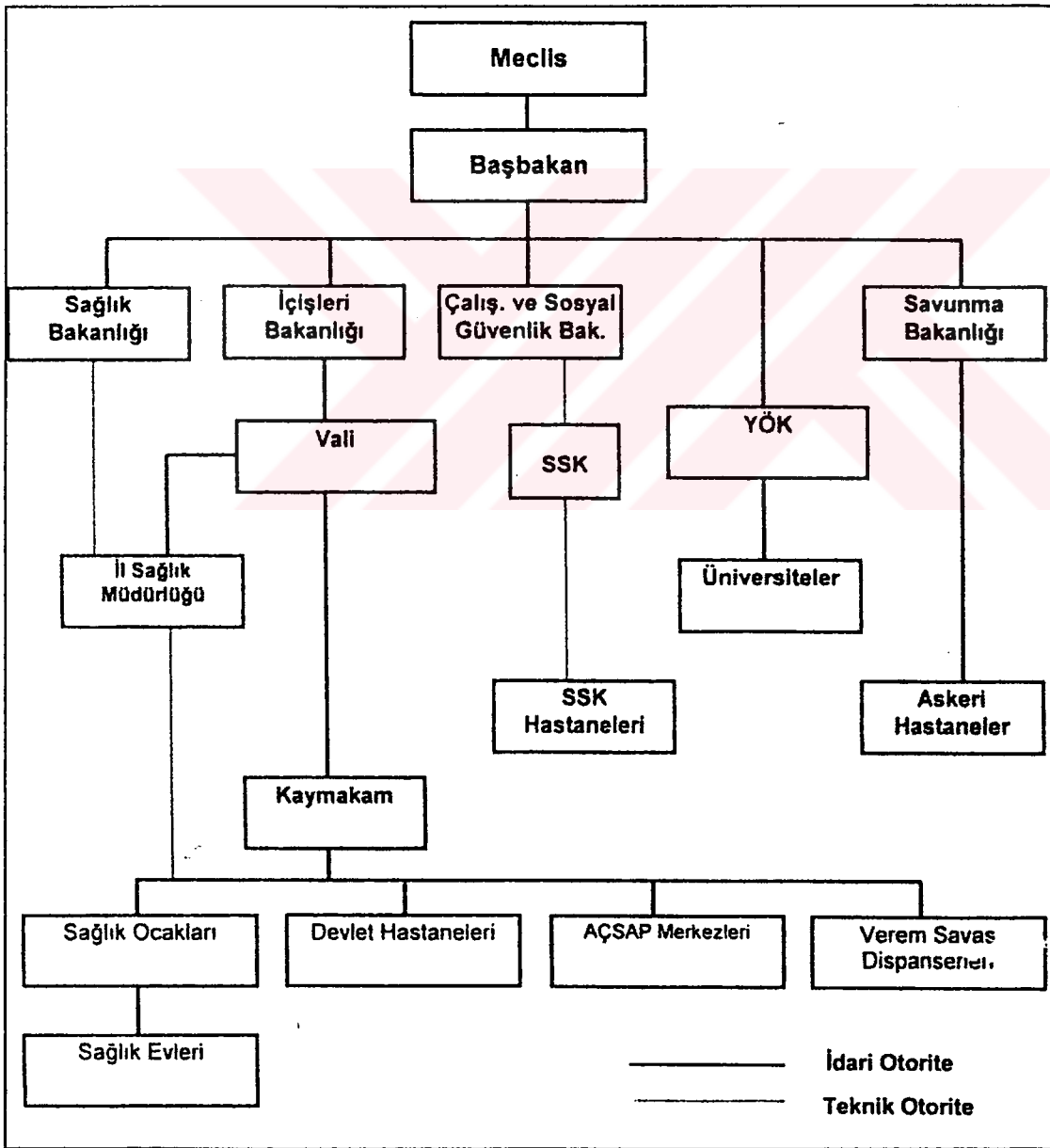
¹³³ Varlık, "Sağlık Hizmetlerinden..." s.3.

¹³⁴ DPT, "Sosyal Güvenlik ve...", s.153.

Bu yüzden sağlık insan gücü ülke çapında dengesiz dağıldığı gibi aynı kurum veya hizmet birimi bünyesinde dahi yanlış bir şekilde istihdam edilmektedir.

Hizmet sunumunda çok başlılık, standart yokluğu, hizmet birimlerinin dengesiz dağılımı, etkili bir enformasyon ve hasta sevk sisteminin kurulamamış olması, döner sermaye işletmeleri yönetiminin verimsizliği, yataklı tesislerin atıl kalması organizasyon ve yönetimin etkili olmayışının sonuçlarıdır.

Şekil 4. Türkiye’de Kamu Sağlık Sektörünün Organizasyonu



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformları, Ankara, 1988, s.8.

Şekil 4.'te ülkemizdeki kamu sağlık sektörünün organizasyon yapısı görülmektedir. Bu organizasyon yapısı içinde Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tek sunucusu olup merkezi düzeyde ülkenin sağlık hizmetleri ve politikalarından sorumlu bulunmaktadır. Yine bu organizasyon yapısı içinde bulunan İl Sağlık Müdürlükleri buldukları ilin valiliğine bağlı olup, taşra düzeyinde, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık hizmetlerini yönetirler. Bu organizasyon yapısı içinde yer alan sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri, sıtma ve kanser savaş merkezleri aracılığı ile birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından sunulur.

Ülkemizdeki kamu sağlık sektörünün organizasyon yapısı içinde yer alan TBMM ise sağlık sektörünü düzenler ve denetler. Bu konuda en üst düzeydeki yasama organıdır. Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumludurlar. Sağlık Bakanlığı, aynı zamanda planlanan sağlık hizmetleri politikalarının uygulanmasından da sorumludur.¹³⁵

Şekilden de anlaşılacağı üzere ülkemizde sağlık hizmetleri başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve özel sektör tarafından çoğunlukla sunulmaktadır. Sağlık hizmeti sunan bu kuruluşların ayrı ayrı olması, standart yokluğu, sağlık hizmetlerinin yönetiminin aşırı merkeziyetçi yapısı, Sağlık Bakanlığının merkez teşkilat birimlerinin hizmet, yaş grubu, belirli hastalıklar konusunda karmaşık ve dikey bir organizasyona sahip olması, yerel düzeydeki organizasyon yapısının merkezi düzeyde idari yapı ile uyumsuz olması, sağlık hizmetleri sunumunu zorlaştırmaktadır.¹³⁶

Sağlık enformasyon sisteminin kurulamaması sebebiyle yeterli, güvenilir, sürekliliği olan bilgilerin toplanamaması yüzünden sağlık karar verme mekanizması ve yönetimi bilgiye dayanmamaktadır ve güvenilir, yeterli bilgilerin toplanamaması, her düzeydeki yönetim birimlerini olumsuz etkilemektedir.¹³⁷

¹³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformları, Ankara, 1998, s.9.

¹³⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.20.

¹³⁷ DPT, 1997 Yılı Programı, s.32.

4. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Sorunlar

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda çok başlılık ve dağınıklık sözkonusudur. Verilen hizmette norm ve standart birliği henüz gerçekleştirilememiştir. Türkiye’de sağlık hizmetleri başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversite Tıp Fakülteleri, Milli Savunma Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Belediyeler, Dernekler ve azınlıklar ile özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinde verilmektedir.

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve tedavi sonrası hizmetler bölümünü ifade eder. Ülkemizde koruyu sağlık hizmetleri daha çok Sağlık Bakanlığı’nca, tedavi edici ve tedavi sonrası hizmetler ise yukarıda saydığımız bütün kurumlar tarafından verilmekte olup koruyucu ve ilk basamak sağlık hizmetleri yeterince geliştirilememiştir.

Tedavi hizmetleri, ilk basamak hizmet birimlerinden başlayarak önce uzmanlık gerektiren genel hastanelere, sonra araştırma hizmeti ağırlıklı eğitim hastanelerine dek uzanan bir sevk zinciri içerisinde verilmemektedir. Bu durum gereksiz yere hastane kapılarına yığılmalara neden olmaktadır.¹³⁸

Etkili işleyen bir hasta müracaat zincirinin bulunmayışı, kapasite ve yer seçimindeki yanlışlıklar, rasyonel olmayan istihdam politikaları sebebiyle yataklı tedavi kurumlarının kullanım kapasiteleri düşük seviyelerde kalmıştır. Gelişmiş ülkelerde %80 olan bu oran (yatak kullanım oranı) ülkemizde %57.5 gibi düşük seviyededir.¹³⁹

Hizmetlerdeki aşırı merkeziyetçilik, sağlık sisteminin organizasyon bozukluğu, özel sektörün sağlık alanına yeterli ilgiyi göstermemesi, sağlık insan gücündeki yetersizlikler, hem hizmet maliyetinin gereksiz yere artmasına hem de hizmetlerde verimsizliğe yol açmaktadır.

Ülkemizde sağlık insan gücünün coğrafi, mesleki dağılımı yurt sathında dengesizdir. Ülkemizde hekim sayısına oranla ebe, hemşire, sağlık teknisyeni sayısı yetersizdir. Sağlık insan gücünün eğitim düzeyi öğretim elemanı açığı, eğitim malzemesi ve fiziksel kapasite yetersizlikleri nedeniyle düşük seviyededir. Sağlık insan gücünün istihdamı ve yönetimi çok merkeziyetçi bir yapıdadır. Sağlık insan gücünün görev ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat çok eskidir. Sağlık insan gücünün ücretleri de yetersizdir.¹⁴⁰

¹³⁸ Varlık, a.g.k., s.3.

¹³⁹ Yıldırım, a.g.k., s.29.

¹⁴⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.21.

Sağlık altyapısının yurt dışında dağılımı dengesizdir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine fiziksel ulaşım zorlukları vardır. Hastane yönetimi aşırı merkezîyetçi bir yapıda olup, hastanelerde profesyonel yönetici eksikliği vardır.

Sağlık enformasyon sistemi kurulmamıştır. O yüzden sağlık hizmetleri, hizmetlerin maliyetlerine ait yeterli bilgiler toplanamamaktadır. Toplanabilen bilgilerin çoğu ise kullanılabilir hale getirilememektedir. Kurumlar arasında koordinasyon eksikliği yüzünden toplanan bilgiler birleştirilememektedir.

Sağlık mevzuatı çok eski olup, kanunlar değişen yeni ihtiyaçlara cevap vermemektedir. Sağlık mevzuatının güncelleştirilmesi ihtiyacı devam etmektedir.¹⁴¹

Nüfusun tamamını kapsayan bir sağlık sigortası sistemine halen geçilememiştir.¹⁴²

B. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE SAĞLIK HARCAMALARI

1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Ülkemizde sağlık sisteminin finansmanı pek çok farklı kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık sisteminin finansmanını sağlayan kurumlar aynı zamanda sağlık hizmet sunumunu da sağlamaktadırlar. Bu durum ve sağlık finansmanı sağlayan kurum ve kuruluşların sayılarının fazlalığı, sağlık finansman sisteminde büyük bir karmaşa yaratmaktadır.

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının finansman kaynaklarında, vergiler oransal olarak gerilemesine rağmen en önemli finansman kaynağı olarak ilk sıradadır. Tablo 15'de görüldüğü gibi 1992 yılında toplam harcamaların %46'sı vergiler tarafından karşılanmıştır. Bu oran 1996 yılında %43'e inmesine rağmen yine de diğer finansman kaynaklarından fazladır.

Sağlık finansman kaynaklarından sigorta primleri ise 1992 yılında %23 iken, 1996'da %25 ile vergilerden sonra gelmektedir. Diğer bir finansman kaynağı olan doğrudan yani cepten ödemeler 1992, 1993'de %31 iken, 1994 ve 1995 yıllarında %30'a düşmüş, 1996 yılında %32'ye yükselmiştir.

¹⁴¹ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996- 2000), 1999 Yılı Programı, Ankara, 1998. s.36.

¹⁴² Yıldırım, a.g.k., s.36.

Tablo 15. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

FİNANSMAN KAYNAĞI	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Vergiler	19.119.273	34.436.159	64.460.256	112.249.947	242.371.924	46	47	46	43	43
Sigorta primleri (cepten ödem.)	9.376.906	16.168.373	33.738.102	70.657.180	141.704.329	23	22	24	27	25
	12.996.391	23.163.236	42.024.312	77.644.632	177.768.158	31	31	30	30	32
TOPLAM	41.492.570	73.767.768	140.222.670	260.551.759	561.844.411	100	100	100	100	100

Kaynak: M. Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve finansman, (1992-1996), s.72.

Tablo 15’de görüldüğü gibi ülkemizde toplam sağlık finansmanının %43’ü vergiler yoluyla devlet bütçesinden, yaklaşık %25’i sosyal sigorta fonlarından, geri kalan %32 ise kişilerin doğrudan cepten ödemelerinden karşılanmaktadır. Bu üç kaynaktan elde edilen fonlar, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif devlet memurları, YÖK, KİT’ler, belediyeler, diğer kamu kurum ve kuruluşları, vakıf sandıkları, özel sağlık sigortaları aracılığıyla veya kullanıcılar tarafından doğrudan cepten ödeme şeklinde sağlık hizmeti sunucularına transfer edilmektedir.

1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin finansman kaynaklarını genel bütçe ödenekleri, hastanelerin döner sermayelerine kişilerce yapılan direkt ödemeler, özel fonlar şeklinde sınıflandırabiliriz.¹⁴³

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin temel finansman kaynağı genel bütçe ödenekleri olup; bu ödenekler bir önceki yılın enflasyon rakamı paralelinde hesaplanmaktadır. Enflasyon hedeflerinin aşılması durumunda, yıl içinde genel bütçe ödenekleri revize edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ikinci finansman kaynağı olan döner sermaye gelirleri ise kişilerin veya sağlık sigortalarının sağlık hizmetleri için hastanelere belirlenen ücret tarifesine göre yaptıkları ödemelerden oluşmaktadır. Ücret tarifesi, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı yetkilerince oluşturulan bir komisyon tarafından saptanır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin üçüncü finansman kaynağı ise özel fonlar olup; akaryakıt, sigorta, otomobil gibi ürünlerinin satışları üzerinden sağlık amaçlı ek vergiler alınmak suretiyle oluşturulmuş finans kaynağıdır.

¹⁴³ M. VARLIK, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları,” Basılmamış makale, DPT, Ankara-1998, s.3.

1.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinin finansman kaynakları; Yüksek Öğrenim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ile üniversite döner sermayeleri olmak üzere iki tanedir. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanılırlar. Aynı zamanda cari harcamalarda genel bütçe ödeneklerinden yapılabilmektedir.

Üniversite hastanelerinin ikinci finansman kaynağı ise, üretilen hizmetin satılmasıyla elde edilen ve hizmetlerin üretimi için tekrar kullanılan döner sermaye gelirleridir. Üniversite hastanelerine gereğinden fazla talep vardır ve döner sermaye gelirlerini arttırmak için adi vaka kabulünü arttırmışlardır. Üniversite hastanelerinin toplam sağlık harcamalarının %57.6'sı döner sermaye gelirlerinden finanse edilmektedir.¹⁴⁴

Döner sermaye gelirleri, rasyonel fiyatlandırma politikalarıyla devlet hastanelerinden farklı olarak oldukça güçlendirilmişlerdir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatı'nın , döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır.¹⁴⁵

1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

SSK, kamu işçilerine ve tüm özel sektör çalışanlarına uzun vadeli sigortacılık ve sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. SSK üyeleri, SSK hastanelerini kullanmakta olup, gerektiğinde devlet, üniversite hastanelerine ve özel sağlık tesislerine de sevk olabilmektedirler. SSK koruyucu hekimlik alanında faaliyet göstermemektedir. SSK'da sağlık sigortasının finansmanı, işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden sağlanır. SSK'da primler dışında iki ayrı gelir kaynağı da vardır. Bunlar; ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını kontrol altında tutan katılım payı bedeli (prim ödeyen aktif üyelerde ilaç bedelinin %20'si, emeklilerde %10'u) ile SSK hastanelerinde Döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen gelirlerdir.¹⁴⁶

SSK'da pasif sigortalı sayısındaki hızlı artışa karşılık aktif sigortalı sayısı yeterince arttırılmamaktadır. 1997 yılında, pasif sigortalı başına düşen aktif sigortalı sayısı SSK'da 2.33 olarak gerçekleşmiştir.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Yıldırım, a.g.k., s.64

¹⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.16

¹⁴⁶ Varlık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve ...", s.4.

¹⁴⁷ DPT, 1999 Yılı Programı, s.114.

Uygulamada, özellikle kamu kesimi işverenleri (yani devletin kendisi), sigortalıların ücretleri üzerinden kestikleri ile kendilerinin ödeyecekleri prim paylarını hiç ödememekte ya da eksik veya geç ödemektedirler. Ülkede yaşanan yüksek oranda enflasyon da primleri geç ödemeye özendirir. ¹⁴⁸

Ödenmeyen prim borçları için gecikme zammı affı ile prim karşılığı olmayan ödemeler yapılması (sosyal yardım zammı gibi; 1995 yılında prim karşılığı %11 seviyesinde olan sosyal yardım zammı kurum kaynaklarından karşılanmış ve bu kurumu ciddi bir finansman krizi ile karşı karşıya bırakmıştır.) ¹⁴⁹, SSK'nın prim gelirlerini olumsuz yönde etkileyen uygulamalardır.

Yukarıda belirtildiği gibi aktif sigortalı sayısındaki yetersizlik, primlerin zamanında tahsil edilememesi, prim tahsilatının yetersizliği, prim karşılığı olmayan ödemeler yapılması, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık sigortacılığı açısından ana finansman kaynağı olan primleri olumsuz etkilemektedir.

Sağlık sigortacılığı açısından Kurum'un içinde bulunduğu bir sorunda, maliyet kontrolünün, hizmet kalitesine ve kullanıcı memnuniyetine tercih edilmesidir. ¹⁵⁰ Bu yüzden kurum sağlık tesislerinde sunulan hizmet kalitesi, standartların altında kalmaktadır.

1.4. Bağ-Kur

Ülkemizde kendi nam ve hesabına çalışan kişilerin sosyal güvenliklerini teminat altına almayı amaçlayan bir sosyal sigorta kuruluşu olan Bağ-Kur'da sağlık primi ödeyen tüm üyeler sağlık sigortasından yararlanma hakkına sahiptirler. Bağ-Kur üyeleri ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri alabilmektedirler. Bağ-Kur'un sağlık kuruluşu yoktur. O yüzden üyeleri için sağlık hizmetini, anlaşmalar ya da geri ödeme yoluyla satın almaktadır. SSK'da ki gibi ilaç iştirak bedeli vardır.

Bağ-Kur sigortalılığından bir kaçış vardır. Sigortalılar prim yükümlülüklerini yerine getirmemektedirler. Bu yüzden prim tahsilatı yetersiz kalmaktadır. 1993 raporuna göre, Bağ-Kur hastalık sigortası için düzenli prim yatıranların sayısı, üç milyona yakın üyeden sadece 35 bin kişidir. Prim ödeme isteğinde, kişilerde psikolojik bir engel vardır. ¹⁵¹ Bağ-Kur üyeleri

¹⁴⁸ T.CENTEL, Sosyal Sigortalarda Reform Gereksinimi. MESS, İstanbul, 1996, s.31. vd.

¹⁴⁹ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu, Sosyal Güvenlik Raporu, Ankara, 1995, s.165.

¹⁵⁰ O., ENGİZ, "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim, cilt. II, sayı.72, Mart-Nisan 1996, s.23.

¹⁵¹ E., SARGUTAN, Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin iyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993, s.136.

Prim yükümlülüklerini yerine getirmedikleri için sağlık sigortasının kapsamı dışında kalmaktadırlar. Bugün 9.5 milyon Bağ-Kur üyesinden sadece 4.9 milyon kişinin sağlık karnesi vardır.¹⁵²

Bağ-Kur'da pasif sigortalı başına düşen aktif sigortalı sayısı 1997 yılında 2.72 olarak gerçekleşmiştir.¹⁵³ Bağ-Kur'da aktif üyelerin pasif üyeleri karşılama oranı, SSK ve Emekli Sandığı'na kıyasla daha yüksektir. Buna rağmen Kurumun gelirleri giderlerini karşılayamamaktadır. Bunun nedeni Kurumun prim tahsilatının yetersiz olmasıdır.

Bağ-Kur'da belirli basamaklarda yığılmalar vardır. Basamak yığılması Kurumun prim gelirlerinin yetersiz kalmasına yol açmaktadır.¹⁵⁴

1.5. Emekli Sandığı

Devlet memurlarının emekliliklerinde ihtiyaç duyacakları sosyal güvenlik yardımlarını yapmak amacıyla faaliyet gösteren Emekli Sandığı'nda, sağlık sigortası açısından emeklilerinden prim alınması söz konusu değildir. Kurum'un sağlık harcamaları, ağırlıklı olarak genel bütçe transferlerinin bulunduğu Kurum'un genel gelirlerinden karşılanmaktadır.

Emekli Sandığı'nda 1997 yılında pasif sigortalı başına düşen aktif sigortalı sayısı 1.79 olup,¹⁵⁵ Emekli Sandığı yalnızca pasif sigortalılara, satın alma yolu ile sağlık garantisi sağlamaktadır. Üyelerden, ayakta tedavide kullanılan ilaçlardan alınan %10'luk katılım payı dışında, herhangi bir maddi bedel alınmamaktadır. Emekli Sandığı, üyelerinin almış olduğu sağlık hizmetlerinin bedelini fatura karşılığı, ilgili sağlık kuruluşuna ödemektedir.

1.6. Aktif Devlet Memurları

Aktif devlet memurlarının sağlık harcamaları bağlı buldukları kurum ve kuruluşlarca ödenmektedir. Sağlık harcamalarını karşılamak için her kurum ve kuruluş bütçelerine ödenek koymaktadırlar. Bütçe ödeneklerinin yeterli olmaması durumunda yeni ödenekler tahsis edilir.

¹⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.17.

¹⁵³ DPT, 1999 Yılı Programı, s.114.

¹⁵⁴ DPT, "7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu...", s.137.

¹⁵⁵ DPT, 1999 Yılı Programı, s.114.

1.7. Özel Sağlık Sigortaları

Ülkemizde altmışa yakın özel sektör kuruluşu sağlık sigortacılığı yapmaktadır. 1996 yılında özel sektörden sağlık sigortası hizmeti satın alan kişi sayısı 400.000'dir.¹⁵⁶

Ülkemizde, özel sağlık sigortalarından genel olarak orta-üst gelir grupları yararlanmakta olup, özel sağlık sigortalarının serbestçe hekim ve hastane seçimi uygulamaları bulunmaktadır.¹⁵⁷ Özel sigortalar özellikle 1988 yılından sonra sosyal güvenlik tehlikelerine yönelik sigorta kollarında bir patlama gerçekleştirmiştir. 1990'lı yıllardan itibaren sağlık sigortasına yönelik yeni poliçeler üretilmeye başlanmıştır.

Özel sağlık sigortası alanındaki gelişmeyi acentaların müşteriye yeterince bilgilendirmemesi, kamu oyunun iyi aydınlatılmaması, güven artırıcı etkili denetimin yapılmaması olumsuz yönde etkilemektedir.¹⁵⁸ Yine bu alandaki talebi olumsuz yönde etkileyen hususlardan bir diğeri de, mevcut sosyal sigorta kurumlarınca sigortalanmış kişiler, özel sağlık sigortalarına üye olmaları durumunda hem sosyal sigortalara prim ödemek hem de üye oldukları özel sağlık sigortalarına prim ödemek durumunda kalmaktadırlar.¹⁵⁹

2. Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık harcamaları, değişik kaynaklardan, düzensiz bir şekilde ve farklı normlara tabî olarak yapılmaktadır. Bu durum hizmet veren kurumlarda disiplinsizliğe, verimsizliğe yol açmakta ve bunun sonucunda hizmetin etkinliği ile maliyetler arasında ters bir ilişki ortaya çıkmaktadır.¹⁶⁰

2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

2.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten ve bu hizmetleri üretmek üzere başta devlet bütçesi olmak üzere değişik kaynaklardan finanse edilen en büyük kuruluş, Sağlık Bakanlığıdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu, birinci basamak sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin en yaygın sunucusu olması itibariyle Sağlık Bakanlığı, sektör

¹⁵⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s.18.

¹⁵⁷ DPT, "7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas...", s.120.

¹⁵⁸ DPT, 1999 Yılı Programı, s.117.

¹⁵⁹ Varlık, "Sağlık hizmetlerinin Finansmanı ve ...", s.5.

¹⁶⁰ DPT, 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Özel İhtisas komisyonu (Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu) Alt Komisyon Raporu, Ankara, 1991, s.176.

içerisinde tartışmasız en büyük yere sahip olmasına rağmen, Konsolide Bütçeden aldığı pay hiçbir zaman %5,2'nin üzerine çıkmamıştır.¹⁶¹ Bu durum Tablo 16'da görülmektedir.

Sağlık Bakanlığının finansman kaynaklarının önemli bir bölümünü oluşturan Konsolide Devlet Bütçesinden tahsis edilen kaynak, 1992-1996 yılları arasında oransal olarak sürekli azalmış, 1992 yılındaki %4,71'lik oranından 1996 yılında %2,76 oranında düşerek %2,76'ya kadar gerilemiştir.

Tablo.16. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Devlet Bütçesine Oranı

	%					% DEĞİŞİM			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Sağ.Bak.Büt/ Konsolide Dev.Büt.	4,71	4,56	3,72	3,70	2,76	-3	-18	-1	-25

Kaynak: Tokat, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1992-1996, Ankara, 1998, s.15.

Tablo 17'de görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığının genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşan toplam harcaması, cari fiyatlarla 1992 yılında 12,5 trilyon TL dolayında iken, artarak 1996 yılında 156,6 trilyon TL dolayına yükselmiştir.

Tablo 17'de reel değişim oranlarında bazı yıllarda düşme görülmektedir. 1992 yılında 100 olan reel değişim oranı, 1993'de 108.4'e yükselirken, 1994 yılında ekonomik kriz nedeniyle 87.6'ya düşmüş, 1995'de 89.8'e çıkmış, nihayet 1996 senesinde 107.7'lik artışla 1993 yılı seviyesine yaklaşmıştır.

Tablo.17. Sağlık Bakanlığı Kaynakları

KAYNAKLAR	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Genel Bütçe Harcamaları	9.994.440	18.087.776	30.360.263	55.192.736	114.447.508	80	84	79	74	73
Döner Sermaye Harcamaları	1.588.492	2.484.823	6.985.000	17.184.524	39.713.015	13	12	18	23	25
Fon Harcamaları (3418.md.39/a)	963.300	961.732	1.068.114	1.881.263	2.446.291	8	4	3	3	2
TOPLAM	12.546.232	21.534.331	38.413.377	74.258.523	156.606.814	100	100	100	100	100

Nominal Değişim	100.0	171.6	306.2	591.9	1.282.2
Reel Değişim	100.0	108.4	87.6	89.8	107.7

Kaynak: Tokat, 1998, s.13.

¹⁶¹ Yıldırım, a.g.k., s.55.

2.1.2. Üniversite Hastanelerinin Harcamaları

Üniversite araştırma ve uygulama hastaneleri tıp eğitimi veren üniversiteler bünyesinde hizmet sunan araştırma uygulama birimidirler. Sistem içerisinde en üst kademede olup, esas itibariyle üst müracaat hizmetleri vermeleri gerekmektedir.

Ancak mevcut sistemin işleyişindeki aksaklıklardan dolayı bu hastanelere gereğinden fazla talep vardır. Eğitim ve öğretim hizmetleri aksamaktadır.¹⁶²

Bu hastaneler, sadece katma bütçe ile finanse edilmemekte, üretilen hizmetin satılmasıyla elde edilen döner sermaye gelirleri de hizmetlerin üretimi için tekrar kullanılmaktadır.¹⁶³

Tablo 18’de, üniversitelerde yapılan toplam sağlık harcamalarının 1992 yılında 3.8 trilyon TL iken 1996 yılında 57.9 trilyon TL olduğu görülmektedir. Reel değişim oranında ise düşüş olmuştur. 1992 yılında 100 olan reel değişim endeksi, 1993 yılında 108.4’e yükselmiş, 1994 yılında 96.7’ye, 1995’de 86.4’e düşmüştür. 1996 yılında ise 131.1’e yükselmiştir.

1994 ve 1995 yıllarındaki azalışların nedeni ise hükümetlerin, enflasyonu önleme amacıyla, üniversitelere genel bütçeden az ödenek ayırmasıdır.¹⁶⁴

Tabloda üniversitelerin toplam sağlık harcamalarının %63’ünü oluşturan genel bütçe harcamalarının 1994, 1995, 1996 senelerinde nisbi olarak azaldığını (%57, %46, %34), döner sermaye harcamalarının ise 1994, 1995, 1996 yılları itibariyle sırasıyla, %43, %54, %66 oranlarında arttığı görülmektedir.

Tablo.18. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları

HARCAMA KAYNAĞI	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Genel Bütçe Harcamaları	2.387.504	4.162.917	7.369.435	9.988.197	19.493.295	63	64	57	46	34
Döner Sermaye Harcamaları	1.419.994	2.374.010	5.496.725	11.701.777	38.363.060	37	36	43	54	66
TOPLAM	3.807.498	6.536.927	12.866.160	21.689.974	57.856.355	100	100	100	100	100

Nominal Değişim	100.0	171.7	337.9	569.7	1.519.5
Reel Değişim	100.0	108.4	96.7	86.4	131.1

Kaynak: Tokat, 1998, s.39.

¹⁶² DPT, 1997 Yılı Programı, s.32.

¹⁶³ Yıldırım, a.g.k., s.64.

¹⁶⁴ Tokat, a.g.k., s.39.

2.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

SSK'nın sunduğu sağlık hizmetleri için yaptığı harcamalar, tablo 19 görülmektedir. 1992 yılında SSK tarafından gerçekleştirilen toplam sağlık harcaması 7.3 trilyon TL iken bu rakam 1996 yılında 87.9 trilyon TL olmuştur. Buna karşın reel artışlarda bir azalma söz konusudur. 1992 yılında 100 olan reel değişim endeksi 1993 yılında 104.1 iken, 1994'de 91.6'ya düşmüş, 1995 senesinde 92.8 olmuş, 1996 yılında ise 103.7 olmuştur.

Tablo 19'dan SSK sağlık harcamalarının %75'nin kendi sağlık tesislerinde, %20'sinin diğer sağlık tesislerinde, %5'inin de anlaşmalı hekimler nezdinde yapıldığı görülmektedir. SSK üye nüfusu için gerçekleştirdiği sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak kendi tesislerinde sağlamaktadır. Bu nedenle de sağlık harcamalarının %75'i kendi sağlık tesislerinde gerçekleşmektedir. Kendi tesislerinin finansmanını yıllık bütçeler ile yapan SSK, dışarıdan satın aldığı hizmetler için genelde fatura karşılığı ödeme yapmaktadır.¹⁶⁵

Tablo.19. SSK Sağlık Harcamaları

HARCAMA YERLERİ	MİLYON TL.					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Sağlık Tesisleri	5.596.837	9.180.581	18.145.250	34.746.784	66.029.513	76	76	77	78	75
Hariçte Yapılan Sağlık Har.	1.372.847	2.280.664	3.935.321	7.521.233	16.176.842	19	19	17	17	18
Anlaşmalı Hekim	346.734	600.673	1.343.745	2.486.452	5.730.831	5	5	6	6	7
TOPLAM	7.316.418	12.061.918	23.424.316	44.754.469	87.937.186	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	164.9	320.2	611.7	1.201.9					
Reel Değişim	100.0	104.1	91.6	92.8	103.7					

Kaynak: Tokat, 1998, s.22.

Kurumun sağlık hizmeti arz kapasitesinin, sigortalıların talebini karşılayacak ölçüde genişlememesi sebebiyle, anlaşmalı hekim ve müesseselerden alınan hizmetler için yapılan ödemeler sürekli artmıştır.¹⁶⁶

2.1.4. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

1479 Sayılı Yasaya göre bağımsız çalışanlara sigorta hizmeti vermek amacıyla kurulmuş olan Bağ-Kur, sigortalılarına ve bağımlılarına 1986 yılından itibaren hastalık sigortası yardımı sağlamaya başlamıştır. Zorunlu Bağ-Kur üyelerinden sadece %25 kadarı

¹⁶⁵ Engiz, "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu...", s.23.

¹⁶⁶ Yıldırım, a.g.k., s.73.

isteğe bağı olan sağık sigortasını arzu etmiş olup, bunların da az bir bölümü sağık sigortası aidatını muntazam ödemiştir.¹⁶⁷

Tablo 20'ye göre 1992 yılında 524.2 milyar TL olan toplam sağık harcaması 1996 yılında 18.4 trilyon TL'ye yükselmiştir. 1992 yılında toplam sağık harcamalarının %61'i hastane harcamaları, %39'u ise ilaç harcamaları şeklinde olurken, 1996 yılında hastane harcamaları şeklinde olurken, 1996 yılında hastane harcamaları oranı %38'e düşerken, ilaç harcamaları %62'ye çıkmıştır.

Tablo.20. Bağı-Kur Sağık Harcamaları ve Dağılımı

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Harcamaları	321.069	668.240	1.363.095	3.410.905	7.057.398	61	63	46	42	38
İlaç Harcamaları	203.152	392.459	1.624.071	4.633.741	11.354.459	39	37	54	58	62
TOPLAM	524.221	1.060.699	2.987.166	8.044.646	18.411.857	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	202.3	569.8	1.534.6	3.512.2					

Kaynak: Tokat, 1998, s.28.

Tablo 21'de 1992 yılında 47 milyon dolar olan hastane harcamalarının, 1996 yılında 85 milyon dolara yükseldiği, 1992 yılında 29 milyon dolar olan ilaç harcamalarının 1996 yılında 137 milyon dolara yükseldiği görülmektedir.

Tablo.21. Bağı-Kur Sağık Harcamaları ve Dağılımı

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Hastane Harcamaları	47	61	46	75	85	30	-25	63	14
İlaç Harcamaları	29	36	55	101	137	21	53	86	35
TOPLAM	76	97	101	176	222	27	4	75	26

Kaynak: Tokat, 1998, s.28.

2.1.5. T.C. Emekli Sandığı Sağık Harcamaları

T.C. Emekli Sandığı, kamu kesiminde çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların aile fertlerinin sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Emekli Sandığı, öncelikle kamu sağık kuruluşlarından hizmet satın alma yoluyla sağık hizmeti sunmaktadır.

Tablo 22'de Emekli Sandığı'nın yapmış olduğu sağık harcamaları görülmektedir. Buna göre 1992 yılında 1.5 trilyon TL olan sağık harcamaları, 1993'de 3 trilyon dolaylarına,

¹⁶⁷ Sargutan, a.g.k., s.136.

1994 yılında 7.3 trilyon TL'ye, 1995 yılında 17.9 trilyon TL'ye, 1996 yılında ise 35.4 trilyon TL'ye çıkmıştır. Reel artış oranı ise 1993 yılında %25.2, 1994 yılında %36.4, 1995 yılında %76.4, 1996 yılında %98.5 düzeyinde gerçekleşmiştir.

Emekli Sandığı sağlık harcamalarının 1996 yılı itibariyle, %34'ünün hastane giderleri, %59'unun ilaç giderleri, %6'sının tıbbi araç giderleri, %1'inin diş tedavi giderlerinden oluştuğu tabloda görülmektedir.

Tablo.22. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Giderleri	492.309	952.732	2.029.351	5.712.701	11.901.120	32	31	28	32	34
İlaç Giderleri	831.240	1.705.824	4.463.089	10.488.404	20.714.070	54	56	61	59	59
Tıbbi Araç Giderleri	178.934	329.863	740.292	1.376.845	2.205.630	12	11	10	8	6
Diş Tedavi Giderleri	30.084	50.804	76.861	237.021	437.531	2	2	1	1	1
Diğer Giderler	3.700	6.533	17.027	43.094	96.935	0	0	0	0	0
TOPLAM	1.536.267	3.045.756	7.326.620	17.858.065	35.355.286	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	198.3	476.9	1.162.4	2.301.9					
Reel Değişim	100.0	125.2	136.4	176.4	198.5					

Kaynak: Tokat, 1998, s.32.

Emekli Sandığı'na tabi ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları genel bütçeden yapılan ödeneklerle karşılanmakta olup, sigortacılık prensipleri uygulanmamaktadır. Devlet memuru maaşlarından Emekli Sandığı için yapılan kesintilerde sağlıkla ilgili kesinti yapılmamaktadır.¹⁶⁸

Tablo.23. Bakanlıkların Sağlık Harcamalarının Dağılımı

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Giderleri	957.000	1.578.607	4.556.607	6.639.270	15.818.880	33	33	33	33	33
İlaç ve Hastane Dışı Ayakta Tedavi Giderleri	1.943.000	3.204.610	9.251.293	13.479.730	32.117.120	67	67	67	67	67
TOPLAM	2.900.000	4.783.000	13.807.900	20.119.000	47.936.000	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	164.9	476.1	693.7	1.653.0					
Reel Değişim	100.0	104.1	136.2	105.3	142.6					

Kaynak: Tokat, 1998, s.22.

¹⁶⁸ Engiz, a.g.k.. s.23.

2.1.6. Bakanlıkların Sağlık Harcamaları

Tablo 23’de, 657 Sayılı Devlet Personel Kanunu’na göre aktif olarak çalışan devlet memurları ile bunların aile bireylerine konsolide devlet bütçesi içinde yer alan kurumlar tarafından yapılan sağlık harcamaları görülmektedir.

Bu kurumlar tarafından yapılan sağlık harcamaları 1992 yılında 2.9 trilyon TL iken, 1995 yılında 20.1 trilyon olmuş, 1996 yılında ise 47.9 trilyon TL olmuştur. Reel değişim oranı ise 1992’de 100 iken, 1995 yılında 105.3, 1996’da 142.6 olmuştur.

Kurumların sağlık harcamalarının ortalama %33’ü hastane giderleri, %67’si hastane dışında yapılan ilaç ve ayakta tedavi giderlerinden oluşmaktadır.

2.1.7. Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin Sağlık Harcamaları

Tablo 24’de ülkemizde Subay, Astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara sağlık hizmeti sunan Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri’nin yapmış oldukları sağlık harcamaları görülmektedir.

1992 yılında 2 trilyon TL olan sağlık harcamaları, 1996 yılında 28.2 trilyon TL olmuştur. Sağlık harcamalarının yaklaşık %48’i hastane harcamaları iken %52’si de hastane dışında yapılan ilaç harcamaları ve ayakta yapılan ilaç harcamaları şeklindedir.

Tablo.24. MSB ve TSK Sağlık Harcamasının Dağılımı

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Giderleri	940.800	1.660.672	3.237.672	6.204.650	13.531.818	48	48	48	48	48
İlaç ve Hastane Dışı Ayakta Tedavi Giderleri	1.019.200	1.799.347	3.507.478	6.507.705	14.659.471	52	52	52	52	52
TOPLAM	1.960.000	3.460.282	6.745.150	12.926.355	28.191.289	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	176.5	344.1	659.5	1.438.3					
Reel Değişim	100.0	111.5	98.4	100.1	124.1					

Kaynak: Tokat, 1998, s.37.

2.1.8. Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Tablo 25’de belediyeler tarafından yapılan sağlık harcamaları görülmektedir. Tabloya göre belediyeler tarafından yapılan toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 146 milyar TL iken, 1996 yılında 3.4 trilyon TL’ye çıkmıştır.

Ülkemizde yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri alanında ağırlıklı yerleri yoktur. Oysa gelişmiş toplumlara sağlık hizmetleri alanında yerel yönetimlerin görevleri ağırlıklıdır. Pek çok gelişmiş ülkede sağlık hizmetleri yerel yönetimlere bırakılmıştır.¹⁶⁹ Bizde ise kamu sağlık hizmetleri merkezi yönetim tarafından yapılmaktadır.

Belediyeler tarafından yapılan sağlık harcamalarında 1992, 1993, 1994, 1995, 1996 yılları itibariyle sırasıyla reel değişim endeksi 100, 107.2, 107.8, 103.1 ve 200.3 şeklinde olmuştur.

Tablo.25. Belediyelerin Toplam Sağlık Harcamaları

HARCAMA TÜRLERİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Hastane Giderleri	29.200	49.600	110.000	198.400	678.074	20	20	20	20	20
İlaç ve Hastane Dışı Ayakta Tedavi Giderleri	116.800	198.400	440.000	793.600	2.712.294	80	80	80	80	80
TOPLAM	146.000	248.000	550.000	992.000	3.390.368	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	169.9	376.7	679.5	2.322.2					
Reel Değişim	100.0	107.2	107.8	103.1	200.3					

Kaynak: Tokat, 1998, s.39.

2.2. Özel Sektör Toplam Sağlık Harcamaları

Özel sektör sağlık harcamaları hastane harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimi harcamaları, özel ilaç harcamalarından oluşmaktadır.

Tablo 26.'da özel sektör sağlık harcamalarının 1992 yılında 13.7 trilyon TL, 1993 yılında 24.7 trilyon TL, 1994 yılında 43.5 trilyon TL, 1995 yılında 75.9 trilyon TL, 1996 yılında 161.3 trilyon TL olduğu görülmektedir. Nominal değişim endeksi 1993 yılında 180.9, 1994 yılında 318.4, 1995 yılında 555.4, 1996 yılında 1.1811 şeklinde oldukça yüksek bir artış göstermiştir. Reel değişim oranı 1993 yılında 114.2 olurken, 1994 ve 1995 yıllarında gerileyerek sırayla 91.1 ve 84.3 düzeyine inmiş, 1996 yılında ise 101.9 düzeyine çıkmıştır.

Özel sektör sağlık harcamalarını oluşturan hastane harcamaları 1992'de %5 iken 1996 yılında %12'ye çıkmış, hekim harcamaları 1992'de %31 iken 1996 yılında %69 olmuş, diş hekimi harcamaları 1992 yılında %19 iken 1996 yılında %12'ye düşmüş, özel ilaç harcamaları ise 1992 yılında %45 iken 1996 yılında %8'e düşmüştür.

¹⁶⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği, 1998, s.39.

Tablo.26. Toplam Özel Sektör Harcamaları

HARCAMA ŞEKLİ	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Özel Hastane Harcamaları	637.063	1.517.323	3.483.258	12.582.132	18.766.437	5	6	8	17	12
Hekim Harcamaları	4.281.822	8.716.523	17.433.658	32.289.244	110.528.688	31	35	40	43	69
Diş Hekimi Harcamaları	2.656.771	4.047.990	6.579.213	12.779.612	19.165.747	19	16	15	17	12
Doğrudan Özel İlaç Harcamaları	6.086.817	10.432.602	15.999.995	18.231.304	12.887.461	45	42	37	24	8
TOPLAM	13.662.473	24.714.438	43.496.124	17.858.065	161.348.333	100	100	100	100	100
Nominal Değişim	100.0	180.9	318.4	555.4	1.181.0					
Reel Değişim	100.0	114.2	91.1	84.3	101.9					
TÖSSH/GSMH	1.24	1.24	1.12	0.97	1.07					

Kaynak: Tokat, 1998,s.64.

Tablo 26'da toplam özel sektör harcamalarının GSMH içindeki oranı da görülmektedir. Söz konusu oran 1992'de %1.24, 1993 yılında %1.24, 1994 yılında %1.12, 1995 yılında %0.97, 1996 yılında ise %1.07 düzeyinde olmuştur. Özel sektör sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 1992 yılında %1.24 iken, 1996 yılında bu oran %1.07'ye gerilemiştir.

2.3. Toplam Sağlık Harcamaları

Tablo 27'de ülkemizde yapılan kamu sağlık harcamaları ve özel sektör sağlık harcamalarından oluşan toplam sağlık harcamaları görülmektedir. Ülkemizde yapılan toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 41.5 trilyon TL iken 1993 yılında 73.6 trilyon TL, 1994 yılında 140.2 trilyon TL, 1995 yılında 260.6 trilyon TL, 1996 yılında 561.8 trilyon TL gibi düzeylerde gerçekleşmiştir.

Nominal değişim oranı 1993 yılında 177.8, 1994 yılında 337.9, 1995 yılında 627.9, 1996 yılında 1.354.1 düzeyinde olmuştur. Görüldüğü gibi sağlık harcamalarında nominal olarak büyük artışlar olmuştur.

Toplam sağlık harcamalarının 1992 yılında %67'si kamu, %33'ü özel sektör harcamalarından oluşurken, 1994 yılında bu oranlar sırasıyla %69 ile %31 şeklinde, 1995 yılında %71 ile %29 şeklinde, 1996 yılında %71 ile %29 şeklinde oluşmuştur. Kamunun payı artmıştır.

Tablo.27. Toplam Sağlık Harcamaları ve Dağılımı

	MİLYON TL					%DAĞILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Kamu Sağlık Harcamaları	27.830.097	49.053.330	96.726.546	184.669.467	400.496.078	67	66	69	71	71
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	13.662.473	24.714.438	43.496.124	75.882.292	161.348.333	33	34	31	29	29
TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	41.492.570	73.767.768	140.222.670	260.551.759	561.844.411	100	100	100	100	100

Nominal Değişim	100.0	177.8	337.9	627.9	1.354.1
Reel Değişim	100.0	112.2	96.7	95.3	116.8

Kaynak: Tokat, 1998, s.67.

Kamu sağlık harcamaları 1992-1996 yılları arasında artış göstermiş, özel sektör sağlık harcamaları ise aynı yıllar arasında düşüş trendine girmiştir. Özel sektör sağlık harcamaları 1992’de %33, 1993 yılında %34, 1994 yılında %31, 1995 yılında %29, 1996 yılında ise %29 oranında gerçekleşmiştir.

2.3.1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı

Tablo.28. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Oranı

	%					%DEĞİŞİM			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Kamu/GSMH	2,52	2,46	2,49	2,35	2,65	-2,6	1,3	-5,5	12,6
Özel/GSMH	1,24	1,24	1,12	0,97	1,07	0,0	-9,6	-13,6	10,4
TOPLAM/GSMH	3,76	3,69	3,61	3,32	3,71	-1,8	-2,3	-8,0	12,0

Kaynak: Tokat, 1998, s.71.

Tablo 28’de ülkemizde yapılan toplam sağlık harcamalarının GSMH’den aldığı payın 1992 yılında %3.76, 1993 yılında %3.69, 1994 yılında %3.61, 1995 yılında %3.32, 1996 yılında %3.71 oranında olduğunu görüyoruz. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, bir ülkede yıllık GSMH’in en az %5’inin sağlık hizmetlerine ayrılması gerektiğini belirtmektedir.¹⁷⁰ Ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak, tablodan da görüldüğü gibi %5’in çok altındadır.

¹⁷⁰ R., AKDUR. “Sağlık Hizmetleri Alanında Yaşanan Karmaşa”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, cilt.16., sayı 142. Nisan 1992. s.41.

2.3.2. Türkiye’de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Tablo 29’da ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcamasının 1992 yılında 708.258 TL, 1996 yılında 8.985.772 TL olduğu görülmektedir. Nominal ve reel olarak kişi başına sağlık harcamalarında artış olmuştur.

Tablo.29. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

	TL					%DEĞİŞİM			
	1992	1993	1994	1995	1996	92/93	93/94	94/95	95/96
Kişi Başına Sağlık Harcaması	708.258	1.232.153	2.291.857	4.167.095	8.985.772	74	86	82	116
Nominal Değişim	100.0	174.0	323.6	588.4	1.268.7				
Reel Değişim	100.0	109.8	92.6	89.3	109.5				

Kaynak: Tokat, 1998, s.76.

Ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcamasını, gelişmiş ülkelerle karşılaştığımızda, bizde kişi başına yapılan sağlık harcaması miktarının düşük olduğunu görürüz. Şöyle ki: Bugün Almanya’da kişi başına sağlık harcaması 3.036 dolar, Fransa’da 2.550 dolar, Hollanda’da 2.150 dolar ve Kanada’da 1.796 dolardır. Bizde ise dolar olarak kişi başına düşen sağlık harcaması 108 dolardır.¹⁷¹ Ülkemizde kişi başına düşen sağlık harcaması, gelişmiş bu ülkelerde yapılan kişi başına sağlık harcamasından yaklaşık 20 kat daha düşük kalmaktadır.

3. Finansman Alanında Mevcut Sorunlar

Ana hatlarıyla incelediğimiz, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarıyla ilgili bir değerlendirme yapacak olursak:

- Ülkemizde sağlık harcamaları değişik kaynaklardan, düzensiz bir şekilde, farklı normlara tabî olarak yapılmaktadır. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında ne yatay ne dikey manada işbirliği ve koordinasyon sağlanamamaktadır. Bu kuruluşların kimi genel bütçe, kimi katma bütçe, kimi döner sermaye, kimi sigorta primleriyle veya öz kaynakları ile finanse edilmektedir.
- Ülkemizde GSMH’den sağlığa harcanan kaynak miktarı dünya standartlarından düşüktür. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok düşüktür. Gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının ülke GSMH’lerine oranı ortalama olarak %7.2’dir (1996 yılı

¹⁷¹Tokat, a.g.k., s.79.

itibariyle). Bu oran, Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı payın yaklaşık iki katıdır. Yine gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması ortalaması 1996 yılı için 1.828 dolardır. Bu oran 1996 yılı için ABD'de 3 708 dolar, Fransa'da 2.550 dolardır. Türkiye'de 1995 yılında fert başına düşen gelirin 2 780 dolar olduğu hatırlanırsa, durumun önemi ortaya çıkar.¹⁷²

- Gelişmiş ülkelerde sağlık için yapılan harcamaların toplumsal etkisini, bu ülkelerin temel sağlık göstergelerinde ve sağlık altyapılarında görmekteyiz. Şöyle ki: Gelişmiş ülkelerde bugün 200-300 kişiye bir hekim, her bir kişiye de 50-100 hasta yatağı düşmektedir. Yatak kullanım oranları %80 gibi yüksek bir oranda gerçekleşmektedir. Bu ülkelerde insanlara hakları olan eşit, adil ve etkili sağlık hizmeti sağlama yolunda, büyük mesafeler katedilmiştir.
- Bunun sonucunda da gelişmiş ülkelerde, temel sağlık göstergeleri olarak kabul edilen, ortalama ömür 77-78 yıla çıkarırken, bebek ölüm hızı %06-11 gibi çok düşük değerlere inmiştir.
- Bizde ise yetersiz kaynak tahsisi yanında bu kaynakların kötü ve verimsiz kullanımı sonucu yaklaşık 900 kişiye bir hekim, 10.000 kişiye 24 hasta yatağı sunulabilmiştir. Bunların etkisiz kullanımı yanında dengesiz dağılımı da, hizmete ulaşma ve adil hizmet alma olanaklarını kısıtlamıştır.¹⁷³

Gelişmiş ülkelerde yaklaşık 150 kişiye bir hemşire düşerken, Türkiye'de bu sayı 1500 kişiye bir hemşire dolayındadır. 10 bin kişiye düşen yatak sayısı Avrupa genelinde 115 dolayındadır. Türkiye'de 10 bin nüfusa düşen yatak sayısı 24 ama, bu sayı Güneydoğu'da 11.5'e düşüyor ve Suriye, Pakistan sefaletine iniyor. Güneydoğu'da bir hemşireye düşen nüfus ise 3200'e çıkıyor.¹⁷⁴

Bunların neticesinde ülkemizde ortalama ömür 68 yıl gibi nispeten düşük bir oranda, bebek ölüm oranı da %0.50 gibi çok yüksek bir orandadır. Ülkemizde hakkaniyetli, ulaşılabilir nitelikli, etkili sağlık hizmeti sunum ortamı sağlanamamıştır. Bir ülkenin kalkınmışlığının koşulu ve sonucu olan sağlığa (ekonomik kalkınma toplumun sağlık

¹⁷² Tokat, a.g.k., s.79.

¹⁷³ Tokat, a.g.k., s.82.

¹⁷⁴ Sönmez, a.g.k., s.56.

düzeşinin yükselmesine, sağlıklı toplum ise kalkınmaya olumlu etki yapar)¹⁷⁵ ülkemizin daha çok kaynak ayırması, bu kaynakların etkili, verimli kullanımını sağlaması gereklidir.

- Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlere, sağlığa GSMH'dan ayrılan payın ancak %1'i harcanmaktadır.¹⁷⁶ Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamaktadır.
- Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansman aynı elde toplanmıştır. Bu durum kaynakların verimli ve etkin kullanımını için sakınca teşkil etmektedir.
- Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili karmaşık bir yapı vardır. Dünyada halen uygulanmakta olan üç temel finansman modeli bulunmaktadır. Bunlar; tamamen vergi yoluyla sağlığın tüm nüfus için finanse edilmesi, tamamen işçi, işveren ve devlet katılımı ile prim yollu finansman ve özel sigorta ağırlıklı ve gerekli hallerde devlet destekli finansman yoludur. Ülkemizde ise tam karma model benimsenmiş ve bu üç model birlikte yürütölmeye çalışılmıştır.¹⁷⁷ Bu karmaşıklığa karşın genel bütçe düzeyinde ve GSMH düzeyinde sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılamamıştır. Ayrılan yetersiz miktarlarda etkili ve verimli bir şekilde kullanılmamaktadır.
- Hizmetlerin sübvansiyonuna dayalı olan sistem sosyal açıdan adaletsiz bir tablo yaratmaktadır.¹⁷⁸ Devletin uyguladığı sübvansiyondan en fazla yüksek gelir grubuna mensup olanlar yararlanırken, düşük gelir grubuna dahil olanlar en az yararlanmaktadırlar.

C. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI FİKRİNİN GELİŞİMİ

1. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası

1963-1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda; "Sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanacaktır" denilmektedir.¹⁷⁹

¹⁷⁵ Varlık, "Sağlık Hizmetlerinden Beklentilerin...", s.14.

¹⁷⁶ Tokat, a.g.k., s.69.

¹⁷⁷ Engiz, a.g.k., s.26.

¹⁷⁸ Varlık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı...", s.14.

¹⁷⁹ DPT, I. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963-1967, s.144.

1968-1972 yıllarını kapsayan İkinci Beş Yıllık Plan'da; "Sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacaktır" denilmektedir.¹⁸⁰

1973-1977 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Plan'da; "kademeli bir şekilde uygulanmak üzere genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır, finansmanın sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır" denilmektedir.¹⁸¹

1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Beş yıllık plan'da; " sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır" denilmektedir.¹⁸²

1985-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Plan'da; "Genel Sağlık Sigortasına geçiş dönemi içinde ele alınacaktır" denilmektedir.¹⁸³

1990-1994 yıllarını kapsayan Altıncı Beş Yıllık Plan'da; "Sağlık Sigortası kapsamının genişletilmesi" ilkesi yer almaktadır.¹⁸⁴

1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Plan'da ise "Genel Sağlık Sigortası ve hizmeti verecek kurumla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır. Sağlık güvencesi ve sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişi ve mevcut sosyal sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla TBMM'ne sunulmuş olan Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu çıkarılacaktır" denilmektedir.¹⁸⁵

2. Hükümetçe Hazırlanmış Rapor, Kanun Tasarıları ve Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası

Ülkemizde genel sağlık sigortasının gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaları şöyle sıralayabiliriz:

¹⁸⁰ DPT, II. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968-1972, s.225.

¹⁸¹ DPT, III. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973-1977, s.825.

¹⁸² DPT, IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-1983, s.468.

¹⁸³ DPT, V. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985-1989, s.152.

¹⁸⁴ DPT, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990-1994, s.291.

¹⁸⁵ DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1996-2000, s.40.

2.1. 1968 Tarihli Genel Sağlık Sigortası Raporu

1968 yılı programı “sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacağını” ifade etmektedir. Programda yer alan bu kesin ifadeler sebebiyle, Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası konusunda ilk ciddi çalışma o zaman yapılmıştır.¹⁸⁶

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nca oluşturulan dokuz kişilik bir komite, Genel Sağlık Sigortası üzerine Rapor adı altında, 1968 tarihli bu raporu hazırlamıştır. Raporun önsözünde, incelemenin amacı şöyle belirtilmektedir.¹⁸⁷

“Sağlık harcamalarının günden güne artması ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Projenin bütün yurda teşmili halinde Devlet bütçesine büyük bir külfet yükleyeceği, bu sebeple, Kalkınma Planının da öngördüğü Genel Sağlık Sigortasının biran evvel kurulmasının memleketimiz için hayati bir önem taşıdığı, bunun gerçekleştirilmesi için konunun incelenmesi.”

31 sayfalık bu raporda, varılan sonuçlar şöyle özetlenmektedir.¹⁸⁸

- “ – Memleketimizde bir Genel Sağlık Sigortası kurulması konusu Anayasa, Kalkınma Planı, hükümet programı, nüfus grupları ihtiyaç durumları ışığında incelenmiş; kuruluşu gitmenin zaruri ve mevcut imkanlar yönünden mümkün bulunduğu kısmına ulaşılmıştır.
- Tesis, personel, altyapı imkanları ve nüfus gruplarının ihtiyaçları faktörleri göz önünde bulundurularak tüm nüfusa teşmili kademeli ve bu kademedede de bir veya birkaç ili kapsayacak bölgelerin söz konusu olması; bölge içinde bulunacak bütün nüfus gruplarına uygulamanın uygun olacağı düşünülmüştür.
 - Tım olarak yeterlilik ifade eden tesis ve personel gücü, coğrafi dağılışı yönünden intizamsız, yönetim bakımından çeşitli otoritelere bağlı olduğundan, kuruluşlar ve sektörler arası tam ve mevzuatla düzenlenecek bir işbirliği, programın uygulanmasında birinci derecede önemlidir.
 - Genel Sağlık Sigortasında tedavi hizmetlerinin hangi tesis veya hekim tarafından yapılırsa yapılsın, bir tarife karşılığı olması ve karşılığının sigorta kurumunca ödenmesi şart olarak düşünülmüştür.

¹⁸⁶ Arıkan, “Genel Sağlık Sigortası...”, s.27.

¹⁸⁷ SSYB, Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kurulması Üzerinde Rapor, Ankara, 1968, s.5.

¹⁸⁸ SSYB, a.g.k., s.29-30.

- *Sigorta kapsamında bulunacak her sigortalı vatandaşın gelirinin esas teşkil edeceği bir prim ödemesi, sistemin başarısı ve kuruluşun finansmanı yönünden esas unsur olarak gösterilmiş, ödeme gücü olmayan veya olmadığı ilgililerce bildirilen şahısların priminin, bu maksada tahsis edilecek fonlardan sigorta kurumuna ödenmesi gereği tespit olunmuştur.*

Sigorta kurumunun ödeyeceği belli tarifeyi aşacak külfetin, hizmet ve konfor farkı talep eden şahıs veya kuruluşlarca tedavi kurumuna ödenmesi şartı düşünülmüştür.”

Bu raporun düzenlendiği 1968 yılından sonra, çeşitli tarihlerde, Genel Sağlık Sigortası konusunda kanun taslakları ve tasarıları hazırlandı. Günümüzde de Sağlık Bakanlığı'nın üzerinde çalıştığı sağlık sigortası taslak ve tasarılarının, getirilen sistem itibariyle birbirine benzediği, prensipte değil, şekil ve ölçülerde (örneğin prim oranları veya prime esas olan gelirin tespiti) ayrılıklar gösterdiği dikkat çekici bir noktadır.¹⁸⁹ Bu durum genel sağlık sigortası ile ilgili olarak yapılmış diğer kanun taslak ve tasarılarının aşağıda incelenmeye devam edilmesiyle açıkça görülecektir.

2.2. Kanun Tasarılarında Genel Sağlık Sigortası

2.2.1. 1974 Tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı

Gerekçeleri ile birlikte basılmış olarak 64 sayfa tutan bu tasarıda, yukarıda sözü edilen 1968 tarihli Rapor'un içerdiği prensipler kanun maddesi haline getirilmiştir.

Tasarının genel gerekçesinde yer alan ve genel olarak tasarının lüzumuna dayanak olarak gösterilen şu paragraflar dikkat çekicidir:

“ Devletimiz bu görevini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yerine getirdiği koruyucu sağlık hizmetleriyle birlikte, 224 Sayılı Kanunla bir Milli Sağlık Hizmeti şeklinde benimsemişse de, bu ödevin tam ve noksansız bir şekilde yerine getirilebilmesi için, aynı zamanda sosyal güvenlik unsurlarından biri olan bu hakkın, Anayasamızın 48. Maddesindeki tedbirlerle de takviye edilmesi zorunluluğu doğmuş bulunmaktadır. Anayasamızın 48. Maddesindeki sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ödevi Devlete verilirken, sağlık sigortası mefhumunun bu madde dışında bırakıldığını kabul etmeye imkân yoktur.

¹⁸⁹ Arıkan, a.g.k., s.28.

Devletimize sağlık hakkını sağlama ödevini, mali gücü oranında kendi imkânlarına sosyal sigorta esasına göre kişiden sağlayacağı katkıyı da eklemek suretiyle tesis edeceği bir temel üzerine örgütlemek zorunluluğundadır. Bu nedenlerle, Genel Sağlık Sigortasının teşkili, Anayasamızın 48.maddesinde ki devlet görevinin de bir gereği olarak ortaya çıkmaktadır.”¹⁹⁰

Genel gerekçede; “Fert başına milli gelirin düşük olduğu ülkemizde, özellikle köy nüfus gruplarında, kademeli bir tarzda uygulanmaya başlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı, ihtiyaçtan doğmuş olmakla beraber; programın mali portresi bütçe imkânlarının cevap veremeyeceği bir halde olup, bu yüzden hizmet istenen yeterliliğe ulaşamamaktadır.

Döner sermaye sistemi ödeme gücü mevcut olduğu tasavvur edilen şahısların ve grupların, Devletin sağlık harcamalarına katkıda bulunmalarını hedef almıştır. Ancak, bir yönden sağlık için harcama yapmaya alışmamış bir toplumun mukavemeti, diğer yönden ödeme gücü konusunda kat’i kriterler aramak ve bulmak güçlüğü ve sağlık gibi toplumun hissi olduğu bir konuda ücret talebinde ısrar etmenin doğurduğu sakıncalar bu teşebbüsü de yetersiz kılmaktadır.

Bu sebeptendir ki, küçük tasarrufların, büyük riskleri karşılamasını mümkün kılacak ve Devlet imkânlarının ödeme gücü bulunmayan gruplara daha yeterli hizmet için tahsisine imkan verecek bir sistemin tesisi zarureti meydana gelmektedir.

Bu sistem ise, genel sağlık sigortasıdır.”¹⁹¹ denilmektedir.

Tasarının gerekçesinde vurgulanan özetle şu olmaktadır: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı başarısızdır. Programın büyük yükü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bırakılmıştır. Programın desteklenebilmesi için sağlık sigortası gereklidir. Hastanelerde yatan hastaların ancak %3’ü ücret ödemektedir. Harcamaların yükü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı üzerinedir. Sağlık sigortası kaynak sağlayacaktır.¹⁹²

Tasarının önemli maddeleri şunlardır:

Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Silahlı Kuvvetler Kapsamına girenlere, hükümler dışında kalan herkesi kapsamına alacaktır. Sağlık yardımları; hekim muayenesini, laboratuvar muayenelerini, ayakta ve yatırılarak yapılan tedavileri, analık, doğum, doğum sonrası yardımları, cenaze masraflarını, ilaç masraflarının %75’ini (ödeme

¹⁹⁰ Arıkan. a.g.k., s.29.

¹⁹¹ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, Ankara, 1974, s.7.

¹⁹² Ankara ve İzmir Tabip Odaları. Genel Sağlık Sigortasına Hayır, Ankara, Mart 1977, s.5.

gücü olmayanlar için tümünü) kapsayacaktır. Finansman sigortalıların gayri safi gelirlerinden %4 sağlık primi kesilerek sağlanacaktır. Finansman açıkları devletçe karşılanacaktır. Gelir gruplarının alt ve üst sınırlarını, ne oranda prim alınacağını Bakanlar Kurulu saptayacaktır. Hekime yaptığı hizmetin karşılığı, öngörülen tarifelere göre ödenecek, tarifeyi aşan masrafları sigortalı ödeyecektir. Herkes istediği zaman ve istediği sayıda hekime başvurabilecek, sigortalı istediği hekimi seçebilecektir.¹⁹³

Tasarıda, Genel Sağlık Sigortası hizmetlerini yürütmek ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olmak üzere "Genel Sağlık Sigortası Kurumu" kurulması da öngörülmektedir.¹⁹⁴

2.2.2. Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı

28 Mart 1996'da Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından hazırlanan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi" hükümete sunuldu. ILO raporuyla Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu'nun raporu, "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri" başlığı altında ortak nihai rapor haline getirildi.¹⁹⁵ Bu raporda öngörülen sağlık sigortası sistemi ve Sağlık Finansmanı Kurumu aracılığıyla, öncelikle sosyal sağlık güvencesi olmayan kimselere, sonra da herkese prim alınarak, eşit ve çağdaş kalitede sağlık hizmeti sunulması hedeflenmiştir. Sağlık Finansmanı Kurumunun genel sağlık sigortası için hazırlık çalışmalarının yapılacağı kuruluş olarak oluşturulması belirtilmiştir. Bu rapor doğrultusunda Sağlık Finansmanı Kurumu için yasa taslağı oluşturulmuştur. Nisan 1997'de yasa taslağına son şekli verilerek "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gereçekleri" adı altında hükümete gönderilmiştir.

Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı ile getirilen model ile, herhangi bir sosyal sağlık güvencesi olmayan 21.4 milyon dolayındaki vatandaşımızın sağlık güvencesi kapsamına alınmasının sağlanması hedeflenmiştir.

Bu husus Kanun tasarısının genel gerekçesinde açık bir şekilde belirtilmektedir.

Sözü edilen kimselere(sağlık güvencesi kapsamına alınacak 21.4 dolayındaki vatandaşımıza) yönelik sağlık sigortası uygulamalarının, yeni oluşturulacak bir kamu kuruluşu (Sağlık Finansmanı Kurumu) tarafından yürütüleceği, bu kuruluşun başlangıçta, var olan sosyal güvenlik sistemlerinden ayrı olarak işleyeceği, ileriki dönemlerde ise bu

¹⁹³ Ankara ve İzmir Tabip Odaları, a.g.k., s.4-5.

¹⁹⁴ Arıkan, a.g.k., s.31.

¹⁹⁵ Yeni Yüzyıl Gazetesi, 29 Mart 1996

kuruluşlar ile işlem bütünleşmesine girmesinin mümkün olabileceği kanun tasarısında düzenlenmiş hususlardan biridir.

Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağında; madde 1’de Kanun’un amacının sosyal sağlık güvencesi ve sosyal sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanlara sağlık güvencesi sağlamak için Sağlık Finansmanı Kurumu’nun kuruluş ve işleyişi ile sağlık sigortasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek olduğu belirtilmektedir. Kanun’un kapsamı ise madde 2’de belirtilmektedir. Madde’ye göre kanunla kurulmuş sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık güvencesi kapsamı dışında kalan ve Devlet memurları ile yakınlarına tanınan sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olmayan ve Türkiye’de oturan Türkiye Cumhuriyeti uyruklu kişiler sağlık sigortası kapsamına girerken, Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri ile silah altında bulunanlar, kapsam dışında olmaktadır. Kanun tasarı taslağı’nın dördüncü maddesinde Sağlık Finansman Kurumu’nun mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğe sahip olduğu, Kurum’un Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu’nun denetimine tabi olduğu ve bu Kurum’un Kanun kapsamına giren kişilere sigorta yardımlarının sağlanması için gerekli finansman ve harcama ile giderlerin karşılanacağı ve genel sağlık sigortası için hazırlık çalışmalarının yapılacağı kuruluş olduğu ifade edilmektedir.¹⁹⁶

Sigortalı olmak için; prim yükümlüsü sigortalının, sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişileri, gelir durumlarını, sigorta kapsamına giriş tarihinden itibaren bir ay içinde, Kurum’ca hazırlanan belge ile Kurum’a, Kurum ile anlaşmalı özel sağlık sigortası kuruluşlarına, Kurum tarafından belirlenecek diğer kurum ve kuruluşlara, vergi dairelerine veya mal müdürlüklerine ya da kanunla prim toplama görevi verilen kurum ve kuruluşlara başvurarak kayıtlarını yaptırmaları gerektiği, kayıt için başvurmamış olanların da kayıt işlemlerinin Kurumca re’sen yapılacağı kanun tasarı taslağı’nın on birinci maddesinde düzenlenmiştir.¹⁹⁷

Tasarı taslağının on ikinci maddesinde ise kanun kapsamındaki sigortalılara yapılacak yardımlar ve yararlanma şartları düzenlenmiştir. Bu madde’de; sigortalının kendi seçtiği ve kaydını yaptırdığı aile hekimi kanalı ile verilecek, kişisel koruyucu hizmetler ve ilk başvuru üzerine ayakta yapılacak muayene, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik, laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavinin sağlanması; ikinci basamak

¹⁹⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Nisan 1997, S.2-3.

¹⁹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Ana İlkeleri ve İşleyişi, Ankara, 1997, s.3.

sağlık hizmetlerinde, hastane de ayakta veya yatırılarak tedavinin yaptırılması, doğum, düşük, kürtaj hizmetlerinin sağlanması; sigortalının ileri düzeyde gerekecek tedavileri için, uzman hekimce gösterilecek lüzum üzerine, üçüncü basamak olarak sağlık hizmetlerinin sağlanması, tedavi süresince gerekli ilaç, tıbbi malzeme ve iyileştirme araçlarının sağlanması gibi hususlar yer almaktadır. Aynı madde’de sağlık yardımlarının, ilgilinin sağlık durumunun gerektirdiği sürece ve iyileşmesine kadar devam edeceği de belirtilmektedir. Kanun tasarısının on üçüncü maddesi ile prim yükümlüsü sigortalılar ile sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, ödenecek prim miktarının belirlenmesine esas olacak gelir basamaklarının tespiti için sigortalılara mal varlıkları ile gelirlerini bildirim yükümlülüğü getirilmiştir. Primlerin hesaplanması, ödenmesi ve tahsili konuları ise Kanun tasarısının on dördüncü maddesinde düzenlenmiştir. Madde’de ödenecek prim miktarının sigortalılara yapılacak ortalama sigorta yardımlarının ortalama kullanım düzeyindeki gerçek maliyetini karşılayacak miktarda olması gerektiği belirtilmektedir. Aynı madde’de prim yükümlüsü sigortalıların her takvim yılı için ödeyecekleri aktüaryal primin Kurum’ca prim yükümlüsü sigortalı ile sağlık açısından bakmakla yükümlü olduğu kişilerin toplam gelirleri göz önünde bulundurularak hesaplanması ve Kurum Yönetim Kurulu’nun önerisi üzerine, Bakanlar Kurulu kararı ile belirlenmesi öngörülmektedir.¹⁹⁸

Prim yükümlüsü sigortalının hane halkı toplam gelirin e göre ödeyecekleri prim miktarını belirlemek için, gelirlerin sınıflandırılması, hane halkının aylık toplam gelirlerinin İş Kanunu’na göre tespit edilen yürürlükteki brüt asgari ücretin belirli katları olarak basamaklara ayrılması, prim yükümlüsü sigortalıların ne oranda prim ödeyecekleri ve kendilerine Devlet katkısı yapılacaksa ne oranda olacağının bu basamaklar itibariyle tespit edilmesi, ödenecek primlerin, kurum ile anlaşmalı özel sağlık sigortası kuruluşları, vergi daireleri veya mal müdürlükleri, Kurum tarafından belirlenecek diğer kurum ve kuruluşlar, kanunla prim toplama görevi verilen kurum ve kuruluşlarca tahsil edilmesi gibi hususlarda tasarı taslağında belirtilmektedir.¹⁹⁹

¹⁹⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı. “Sağlık Finansmanı Kurumu...”, s.29-33.

¹⁹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı. “Genel Sağlık Sigortası Sisteminin ...”, s.4.

2.2.3. Kişisel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı

“Sağlık Finansman Kurumu ve Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı” 1998 yılı içinde “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı Taslağı” adıyla yeniden hazırlanarak TBMM’ne sunulmuştur.

Bu yasa tasarısının getirdiği Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ile sigortalı olması gereken kişiler:

- Sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık güvencesi kapsamı dışında kalanlar,
- Ülke sınırları içinde oturanlar,
- T.C. Uruklu olanlardır.

“Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” tasarısıyla getirilecek “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi” ile, herhangi bir sosyal sağlık güvencesi olmayan 21.4 milyon dolayındaki vatandaşımızın sosyal sağlık sigortası kapsamına alınması sağlanacak ve bu Kanun kapsamına girecek kişilere sağlanacak sağlık yardımları için gerekli finansman ile harcama ve giderlerin karşılanması için “Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı” oluşturulacaktır. Böylece, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacak ve iki faaliyet birbirinden bağımsız olarak yönetilecektir. Bu faaliyet ayrımının, sigortacılık açısından maliyet bilinci ve harcamaların kontrolü konularında verimlilik getireceği gibi, hizmet sunumunda da yaratılacak rekabet sayesinde kalite güvencesini sağlaması planlanmaktadır.²⁰⁰

Kişisel Sağlık Sigortası ve Sistemi kanunu tasarı taslağında da sosyal sigortacılık prensipleri esas alınmakta, sosyal sağlık güvencesi olmayan vatandaşların sisteme katılımı zorunlu tutulmaktadır. Bu durum kanun tasarı taslağında madde on üçte düzenlenmiştir. Maddeye göre “sigortalı olmak için, prim yükümlüsü sigortalının, sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişileri ve gelir durumlarını, sigorta kapsamına giriş tarihinden itibaren bir ay içinde idare’ce hazırlanan bildirim ile idare’ye, idare ile anlaşmalı özel sağlık sigortası kuruluşlarına, idare tarafından belirlenecek diğer kurum ve kuruluşlara, vergi dairelerine veya mal müdürlüklerine veya kanun ile prim toplama görevi verilen kurum ve kuruluşlara başvurmamış olanların kayıt işlemleri idare’ce re’sen yapılır.”²⁰¹

²⁰⁰ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformları, 1998, s.25

²⁰¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gereçekleri, 1998, s.10.

Kanun tasarı taslağı'nda madde on dörtte, Temel Teminat Paketindeki sağlık yardımlarından yararlanabilmek için, prim ödeme şartı getirilmiştir. Söz konusu Temel Teminat Paketi; sigortalılara yurt içinde SSK, Bağ-Kur paralelinde verilen birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini, bu hizmetler sırasında verilen ilaç ve iyileştirme araçlarını kapsamaktadır. Sigortalılar bunun dışında kalan hizmetleri (ek teminat paketi) özel sigorta şirketlerinden prim ödeyerek satın alabileceklerdir.²⁰²

Kanun tasarı taslağı'nda sigortalılara, ödeyecekleri prim miktarının belirlenmesine esas olacak gelir basamaklarının tespiti için, mal varlıklarını, toplam gelirlerini bir bildirim formu ile idare'ye, idare ile anlaşmalı özel sağlık sigortası kuruluşlarına, vergi dairelerine, mal müdürlüklerine veya idare tarafından belirlenmiş diğer kurum ve kuruluşlara bildirim yükümlülüğü getirilmiştir.

Kanun tasarı taslağı'nın genel gerekçesinde şu hususlara da yer verilmiştir:

“Sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerden, mali olanakları göz önünde tutularak imkanları ölçüsünde prim alınması, buna gücü yetmeyenlerin ise primlerinin Devletçe karşılanması, sosyal Devlet ilkelerine uygun düşecektir. Bu suretle Devlet, hizmeti değil, gerçek ve muhtaç kişileri sübvansede etmiş olacaktır.

Kurulacak bu sistemde prim toplama ve hizmet sunumu açısından özel sağlık sigortası kuruluşlarının mevcut altyapısından da faydalanma gerekliliği ve fırsatı nedeniyle sistemde özel sağlık sigortası kuruluşlarından yararlanılacaktır. Dolayısıyla prim toplama işlemleri ve teminat paketinin sigortalılara bu kuruluşlar aracılığı ile de sunulabilmesi imkanı yaratılacaktır. Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı ile özel sağlık sigortalıları prim paylaşımı/harcama paylaşımı bazında işbirliğine gidebileceklerdir. Bu durum ülkemizde hem sigorta bilincinin yaygınlaştırılması hem de özel sağlık sigortalılarının önünün açılması somuçlarını doğuracaktır.”²⁰³

Görüldüğü gibi kanun tasarı taslağında özel sağlık sigorta kuruluşlarına ağırlıklı olarak yer verilmekte ve sorumluluklar yüklenmektedir.

Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı, her yıl Bakanlar Kurulunca belirlenecek prim miktarı ile ilgili teknik hazırlıkları yapacaktır. Sisteme giren kişilerle ilgili merkezi veri tabanı

²⁰² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı, 1998, s.9

²⁰³ T.C. Sağlık Bakanlığı, “Kişisel Sağlık Sigortası...”, s.23.

oluşturacak, özel sigorta şirketleri kanalıyla hizmet satın alacak, özel sigortaların bulunmadığı yörelerde hizmet sunucularla doğrudan sözleşmeler yapabilecektir. Kişiler sözleşmeli kuruluşlara bir ay içinde baş vurarak sigorta kayıtlarını yaptıracaklardır. Primler ilgili sigorta şirketleri ve kuruluşlarca toplanacaktır. Prim ödeme koşulunu yerine getiren sigortalılar, sağlık belgeleri ile sözleşmeli hekim ve sağlık kuruluşlarına başvurarak muayene ve tedavilerini yaptıracaklardır. Yasa tasarı taslağında öngörülen sağlık sigortası modelinde; belirli süreleri kapsayan ileriye dönük blok anlaşmalarla hizmet satın alınması yoluna gidileceği, böylece gereksiz teşhis ve tedavi masrafının yapılmasının önüne geçileceği ve hizmet giderlerinde büyük ölçüde azalma sağlanacağı' da belirtilmektedir.²⁰⁴

Bilindiği gibi mevcut sağlık sigortası uygulamalarında, hizmet sunucularına, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinden sonra hizmet karşılığı ödeme yapılmakta olup, bu durum masrafların yükselmesi sonucunu doğurmaktadır.²⁰⁵

Görüldüğü gibi; Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası konusunda ilk ciddi çalışmanın yapıldığı 1968 yılından günümüze kadar, çeşitli tarihlerde, Genel Sağlık Sigortası konusunda kanun taslak ve tasarıları hazırlanmıştır.

Günümüzde de Sağlık Bakanlığı'nın üzerinde çalıştığı, Genel Sağlık Sigortası konusundaki kanun tasarı ve taslakları, çeşitli tarihlerde TBMM'ne sevk edilmiş, ancak yasalaşma olanağı bulamamışlardır. Bu durumun nedeni teknik ekiplerce siyasilere fatura edilirken, siyasi otorite de yasa tasarılarında getirilen Genel Sağlık Sigortası sisteminin uygulanabilirliğini sorgulamıştır.²⁰⁶

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Genel Sağlık Sigortası tasarı taslaklarına bir çok eleştiri yapılmıştır. Bu eleştirilerin başında oluşturulmak istenen Genel Sağlık Sigortasının ülke gerçeklerinden ve ülke sorunlarından bağımsız olarak uluslararası finanse kesimlerinden kredi almak maksadıyla oluşturulduğu gelmektedir. Yasa tasarılarına getirilen eleştirilerden biri de Türkiye'de uygulanmak istenen Genel Sağlık Sigortası sistemini hayata geçirecek gerekli sağlık altyapısı ve sağlık insan gücünün mevcut olmadığıdır.

Söz konusu yasa tasarılarının, genel uygulama özelliği taşımadıkları, bu yüzden yasa tasarılarında belirtilen hususların uygulanabilmesinin zor olduğu, örneğin, hastanelerden sadece Kişisel Sağlık Sigortası sistemi üyeleri için blok kontratlı hizmet alımının

²⁰⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi...", Ankara, 1998, s.7-8.

²⁰⁵ Varlık, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ...", s.12.

²⁰⁶ Engiz, a.g.k., s.30.

yapılmasının pratikte oldukça güç olduğu, yine prim toplama yönteminin tüm nüfus için standart bir hale getirilemeyecek olmasının da sigortanın finansal gücünü olumsuz etkileyeceği de ²⁰⁷yasa tasarılarına getirilen eleştirilerden biridir.

Genel Sağlık Sigortası kurumunun, satın alacağı sağlık hizmetlerinin tıbbi denetimini yapacak mekanizmanın altyapısı ve uygulama esaslarına dair bir düzenlemenin mevcut olmaması, uygulamada hastanelerin sistemi gerçek dışı fiyatları ödemeye zorlayacağı vurgulanmakta, yasa tasarıları böyle bir maliyet-fiyat denetimi mekanizmasının altyapısı ve uygulama esaslarına dair düzenlemenin yapılmamasından dolayı da eleştirilmektedir. ²⁰⁸

Genel Sağlık Sigortası'nın eldeki tasarlara uygun şekilde yasalaştığı takdirde, sigortalıların büyük çoğunluğunun prim ödeme gücünden yoksun olacağı, prim ödeme gücü olanların çoğunun kırsal kesimde, dağınık olarak yaşayan kimseler olduğu, bu kişilerin de sağlık için harcama yapma alışkanlıkları az olduğu için, prim tahsilatı konusunda sıkıntılar yaşanacağı, tahsilat oranının düşük olacağı, bu yüzden de Genel Sağlık Sigortası finansmanının büyük ölçüde devlete yükleneceği belirtilmekte, ²⁰⁹ o yüzden yasa tasarılarında Genel Sağlık Sigortası uygulamasının başarısı için, uygulamanın finansman kaynaklarının sağlam, güvenilir kaynaklara dayandırılması zorunlu görülmektedir.

Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak yapılan yasa tasarıları gerekli akademik, teknik, sektörel uzman katılımından uzak olarak yapılmıştır. ²¹⁰ Ülkedeki tüm insanları yakından ilgilendiren bu konu, her yönüyle toplumda değerlendirilmeli, gerekli katılım sağlanmalı, kamuoyu Genel Sağlık Sigortası uygulaması hakkında bilgilendirilmelidir. Geniş toplum kesimlerinin Genel Sağlık Sigortası'nın gerekliliğine inanması, bu uygulamayı hayata geçirecek olan siyasi iradenin teşekkülünü de kolaylaştırır.

Genel Sağlık Sigortası ile ilgili çalışmalar, sadece yasal düzenlemelere bağlanmamalıdır. Yasa aşamasına gelmeden önce, Genel Sağlık Sigortası uygulamasını başarılı kılacak çalışmalar yapılmalı; sağlık hizmetlerinin fiziki altyapı, insangücü noksanları giderilmeli, hastanelerin ve sağlık insangücünün yurt sathında dengeli dağılımı sağlanmalı, sağlığa daha çok kaynak ayrılmasına çalışılmalıdır.

Bunlar yapılmadığı takdirde, Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile ilgili yasa tasarısı TBMM'den geçip, yasalaşma imkanı bulsa bile, uygulamanın başarı şansı olmayacaktır. Ve

²⁰⁷ Engiz, a.g.k., s.30

²⁰⁸ Sargutan, "Türk Sağlık Hizmetleri...", s.147.

²⁰⁹ Arıkan, a.g.k., s.38; Sargutan, a.g.k., s.176.

²¹⁰ Engiz, a.g.k., s.31.

Genel Sağlık Sigortası uygulaması kendisinden beklenen amaçları gerçekleştirilmede başarısız olacaktır.

1968 yılından bu yana çeşitli tarihlerde hazırlanan Genel Sağlık Sigortası konusundaki, kanun tasarıları ve tasarıları, getirilen sistem itibarı ile birbirine benzemektedir. Prensipde değil, şekil ve ölçülerde (örneğin prim alanları veya prime esas olan gelirin tespiti gibi) ayrılıklar göstermektedir.²¹¹ Bu kanun tasarısı ve tasarılarında ülkemiz için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinin kapsamı, hedefleri, esasları, prim sistemi, kurumsal yapısı aşağıda ana hatlarıyla incelenmektedir.

2.2.4. Kanun Tasarı ve Tasarılarında Ülkemiz İçin Düşünülen Genel Sağlık Sigortası Modeli

Modelde; genel sağlık sigortası ilk aşamada, kanunla kurulmuş sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık güvencesi kapsamı dışında kalan kamu personeli ile yakınlarına tanınan sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olmayan ve ülke sınırları içinde oturan Türkiye Cumhuriyeti uyruklu kişileri kapsayacak, daha sonra da toplumun bütün fertlerini kapsama alacaktır.

Ülkemiz için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinin hedefleri şunlardır²¹²:

- İnsanların vazgeçilmez temel haklarından biri olan sağlıklı yaşamak hakkını sağlamak,
- Kişi için bir hak ve ödev olan, devlet için ise görev olan sağlık güvencesini sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinden yaygın bir şekilde yararlanma imkanını sağlayarak, hastaların tedavi ve rehabilitasyonlarını gerçekleştirmek,
- Bu hizmetlerden etkin ve sürekli bir şekilde faydalanma imkanını sağlayan gerekli idari teşkilatı kurmak,
- Sigortalıların faydalanacağı sağlık hizmetlerinde niteliğin geliştirilmesini ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların etkinliğinin artırılmasını sağlamak,
- Özel sağlık kuruluşları, eczaneler ve özel hekimlerle yapılan anlaşmalarda, özellikle hizmetin yetersiz olduğu bölgelere diğer bölgelere oranlar daha fazla teşvik imkanı sağlayarak sağlık hizmeti veren birim ve personelin yurt dışında dengeli dağılımını gerçekleştirmek,

²¹¹ Arıkan, a.g.k., s.28.

²¹² DPT, 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 1991, s.166.

- Ülkemizde farklı norm ve standartlara hizmet veren sosyal güvenlik kuruluşlarının genel kapsamlı ve tek elden yönetilen bir sosyal güvenlik sistemine geçişine bir model teşkil etmek,
- Hastalık riskinin doğurduğu mali külfeti toplanacak primler vasıtasıyla topluma dağıtılmasını sağlamak ve böylece sosyal güvenliğin asıl amaçlarından biri olan gelir dağılımını yaygın bir şekilde gerçekleştirmek.

Modelin esasları ise şöyle sıralanabilir²¹³:

- Genel Sağlık Sigortasında her aktif sigortalı sağlık primi öder. Prim ödeme gücü hiç olmayan veya yetersiz olan vatandaşların primleri, tamamen veya kısmen devlet tarafından fonlardan ve/veya diğer kamu kaynaklarından karşılanır.
- Prime esas teşkil edecek olan gelirin taban ve tavan sınırları tespit edilir. Sigortalıların bu sınırlar arasındaki gelirine göre sigorta primi tahsil edilir.
- Herhangi bir işverene bağımlı olarak çalışan sigortalıların primi, işveren ve sigortalı tarafından ödenir.
- Prim oranları sosyal sorumluluk ilkesine göre tespit edilir ve bu çerçevede sigortalının sosyo-ekonomik, demografik, mesleki kategorisine göre prim oranlarında farklılığa gidilebilir.
- Bütün sigortalılar, zaruri ve asgari sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanırlar. Sigortalı faydalanacağı hizmetin standardını ve bu standarda karşılık tespit edilen prim oranını seçme hakkına sahiptir.
- Genel Sağlık Sigortası Kurumu, sağlık tesisi yatırımı ve sağlık işletmeciliğine yönelmez, sigortalılara sağlık yardımlarının sağlanmasında kamu ve özel kesime ait bütün sağlık tesislerinden hizmet satın alır.
- Teşkilatlanmada yönetim giderlerinin azaltılması ve aynı zamanda farklı statü ve faaliyet alanına yayılmış nüfus gruplarının sigortalanması ve durumlarının takibi amacıyla, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kamu kurum ve kuruluşları ile ilgili meslek kuruluşlarının taşra teşkilatlarından da yararlanılabilir.

Özet olarak diyebiliriz ki; tüm yurttaşlar için Genel Sağlık Sigortası ve bu isimle kurum tesis edilmesi, hastaların muayene, yataklı tedavi, ameliyat gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere serbest piyasa ve rekabet ekonomisi kuralları dahilinde kamu veya özel

²¹³ DPT, 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 1991, s.167.

nitelikteki istenilen hekime, hastaneye serbestçe başvurabilmeleri, ödemelerin genel sağlık sigortası kurumu tarafından karşılanması bu sistemin temel esaslarını teşkil etmektedir.²¹⁴

Genel Sağlık Sigortası modelinde sigortalıların her türlü sağlık ihtiyaçlarının teminat altına alınması ve herkese asgari standartlarda sağlık hizmetinden faydalanma imkanının sağlanması, öngörülen sağlık sigortası priminin ödenmiş olmasına bağlıdır. Kişinin doğrudan doğruya kendisinin prim ödemesi veya kişi adına başka bir kaynaktan prim ödenmesi şartları yerine getirilmediği takdirde hizmetten faydalanma imkanı sağlanmaz. Genel ve yaygın bir sağlık uygulaması için, belirli bir geçiş dönemi öngörülmektedir. Geçiş dönemi süresince, halen sağlık sigortası uygulayan Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur mevcut oranlar üzerinden prim toplamaya devam ederler.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda öngörülen "Sağlık Kütüğü"nin²¹⁵ geçici dönemde oluşturulmasıyla birlikte, Genel Sağlık Sigortası tek bir idari yapıda bütünleştirilir ve kaynak birliği sağlanır. Sağlık kütüğüne kaydedilen kişilerin, mal varlığı, gelir temin ettiği muhtelif unsurlar ve geliri tespit edilerek belirlenecek kriterler çerçevesinde prim ödeme gücü sınıflandırması yapılır. Bu sınıflandırma sonucunda;

- primini tamamen ödeyebilecek olanlar,
 - primini kısmen ödeyebilecek olanlar
 - primini ödeyemeyecek durumda olanlar,
- belirlenir.²¹⁶

Prim ödeme gücünün tespitine ilişkin işlemler belirli aralıklarla tekrarlanır ve prim ödeyebilme vasfını kazananlara sağlanan devlet desteği kesilir.

Prim yükümlüsü sigortalıya, sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişilerle birlikteki toplam geliri itibarıyla beş gelir basamağından durumlarına uygun olanı uygulanır. Buna göre²¹⁷:

- a) Birinci basamakta yer alanlar aktüeryal primin %10'unu
- b) İkinci basamaktakiler aktüeryal primin %25'ini
- c) Üçüncü basamaktakiler aktüeryal primin %50'sini

²¹⁴ Alptekin Erdoğan, Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi ve Özel Sektör Yapısında Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Çalışma, DPT, 1986, s.1.

²¹⁵ Bkz., Resmî Gazete, 3359 Sayılı Kanun, Geçici Madde. 3., 19461, 15.5.1987.

²¹⁶ DPT. 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 1991, s.168.

²¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi...", Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, s.13.

- d) Dördüncü basamaktakiler aktüeryal primin %75'ini
- e) Beşinci basamaktakiler aktüeryal primin tamamını öderler.

Sağlık hizmetlerinin maliyetine, sigorta kaynaklarının karşılamayacağı ölçüde artışların sözkonusu olması durumunda artıştan doğan fark, sigorta prim oranlarına yansıtılır ve/veya kamu kaynaklarından sübvansiyeye edilir.

Ülkemiz için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinde, Genel Sağlık Sigortasının kurumsal yapısının, müstakil bir teşkilat olarak kurulması planlanmıştır. Böyle bir yapılanmanın sağlayacağı avantajlar şöyle sıralanabilir²¹⁸:

- Müstakil bir teşkilat kurulması, uzun dönemde dağınık yapıya nazaran daha rasyonel olup; hizmet alanının genişlemesi ve büyümesi sonucunda birim maliyetleri düşürecektir.
- Müstakil bir Genel Sağlık Sigortası ülke düzeyinde sağlık hizmeti sunan ve arzeden müesseselerden sağlık hizmeti satın almada kaynakların optimum olarak kullanılmasına imkan verir.
- Müstakil bir Genel Sağlık Sigortası Kurumunun mali gücü, dağınık yapılanmaya kıyasla daha büyüktür. Bu durum zaman içerisinde sigortalılara arzedilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak yükseltilmesine imkan tanır.
- Tek bir bütçenin yönetim ve denetimi, dağınık yapıya oranla çok daha kolaydır.

Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, 1998 tarihli kanun tasarısı taslağında müstakil bir teşkilat olarak düşünülen Genel Sağlık Sigortası Kurumunun adı "Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı" olarak ifade edilmiştir. Bu kurumun idari ve mali açılarından özerk ve Başbakanlığın bağlı kuruluşu olduğu'da sözkonusu kanun tasarısı taslağında düzenlenmiştir.

2.2.5. Kanun Tasarı ve Taslaklarında Ülkemiz İçin Düşünülen Genel Sağlık Sigortası Modelinde Yer Alan Aile Hekimliği

Kanun tasarısı ve taslaklarında ülkemiz için uygulanması düşünülen genel sağlık sigortası modelinde aile hekimliği sistemine de yer verilmiştir.

Aile Hekimliği kavramı ülkemizde seksenli yıllarda gündeme gelmiştir. 1984 yılında ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur.

²¹⁸ DPT, 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 1991, s.174.

Bugün için ülkemizde sekiz üniversite hastanesinde Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi verilmekte, bu eğitim üç yıl sürmektedir.²¹⁹

Aile Hekimliği, hastanın hem sağlığının sürdürülmesi hem hastalığının tedavisinin sağlanmasında sürekli sorumluluk gerektiren ve ilk başvuru hizmetlerine öncelik veren tıbbi hizmet sunum şekli olarak, hastanın sağlık hizmet sistemi içerisine giriş noktası olma işlevini ve hastanın ihtiyacı olan tüm sağlık hizmetleri için koordinasyon görevini üstlenmektedir.²²⁰

Türkiye için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinde; kişisel koruyucu hizmetler ve ilk başvuru üzerine ayakta yapılacak muayene, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavinin sağlanmasının, sigortalının kendi seçtiği ve kaydını yaptırdığı aile hekimi kanalıyla yapılacağı belirtilmiştir.²²¹ Genel Sağlık Sigortası modelinde, tüm nüfusa, ulusal bir sigorta kuruluşunun yerel sağlık idareleri aracılığı ile aile hekimlerinden, kamu hastanelerinden ve diğer uygun görülecek sağlık hizmet sunucularından sözleşme ile kaliteli ve uygun maliyetli hizmet satın alınması düşünülmektedir.²²²

Aile Hekimliği ile ilgili olarak yasa tasarısı hazırlanmış olup, bu yas tasarısında birinci basamak sağlık hizmetlerine, Aile Hekimliği sistemi getirilerek sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması hedeflenmektedir. Yasa tasarısına göre aile hekimleri temel olarak kişiye yönelik koruyucu hizmetler verecekler; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin takibinden, periyodik kontrollerden, ilk yardımdan, acil bakımdan sorumlu olacaklar; sağlık hizmetini özel muayenehanelerde sunacaklardır.²²³

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının olmaması nedeni ile, hekimlerin bireyleri sağlıkları yönünden ömür boyu izleme olanakları bulunmamaktadır. Böylece hekimlerin kişilerin sağlık statülerini yakından takip etme şansları ortadan kalkmaktadır.²²⁴ Bu açıdan Genel Sağlık Sigortası modelinde yer verilen Aile Hekimliği sistemi sayesinde, ülkemizde vatandaşlarımızın ömür boyu sağlık durumlarının hekimler tarafından takip edilme şansı doğmaktadır.

²¹⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü, Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Çalışma, Ankara, 1998, s.10.

²²⁰ WHO, "... General Practice/Family Medicine in Europe", Geneva, 1998, s.5.

²²¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş...", Nisan 1997, s.9.

²²² Engiz. A.g.k., s.29.

²²³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformları, 1996, s.23.

²²⁴ A., SOYER, "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", Toplum ve Hekim, cilt. 11., sayı.67, Haziran 1995, s.98.

Ancak ülkemizde yeterli sayıda aile hekimi mevcut değildir. Yine aile hekimliği muayenehaneleri ve ekipmanı ile bunları sağlayacak maddi kaynak da yoktur. Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık alanı, diğer uzmanlık alanlarına göre fazla ilgi çekmemektedir. Hekimler, aile hekimliği gereği olan hizmetleri yapabilmek için yanlarında gereğinden fazla personel çalıştırmak zorunda kalabilirler. Bu durumda da hizmet pahalılaşır. Bu sistemde hekimler gereksiz ve aşırı ilaç yazmaya zorlanabilirler.²²⁵

Muayenehaneye dayalı aile hekimliği sisteminde, tıbbi malzeme israfı ortaya çıkabilecektir. Şöyle ki: Muayenehaneye dayalı bu sistemde, hekim sayısı kadar tıbbi malzeme olmalıdır. Rekabete girebilmek için bu şarttır. Aile hekimlerinden biri röntgen filmi çekebiliyor, diğeri çekemiyorsa, böyle bir durumda rekabet ortamı olmaz. O yüzden aile hekimi sisteminde hekimlerin aynı donanıma sahip olması gerekmektedir. Bu da tıbbi malzeme israfına sebep olacaktır.²²⁶ Yine özel çalışan aile hekimleri ve diğer serbest hekimler hasta çekmek için pahalı teknolojilere yönelebilirler. Bu da hizmetin pahalılaşmasına neden olan bir durumdur. Ayrıca aile hekimlerinin tıbbi ve hizmet bakımından denetlenmesi için de bir sistem kurulması gereklidir.²²⁷

Yukarıda belirtilen hususlar ülkemiz için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinde yer verilen Aile Hekimliği müessesesinin handikaplarını oluşturmaktadır. Aile Hekimliği müessesesinin ülkemizde uygulanabilmesi için gerekli altyapı oluşturulmalıdır; aile hekimliği uzmanlığı cazip hale getirilmeli, aile hekimliği uzmanları, aile hekimliği muayenehaneleri ve ekipmanı yeterli sayıda sağlanmalıdır. Bunlar gerçekleştirilmeden kurulacak bir aile hekimliği sisteminin pek bir faydası olmayacaktır.

2.3. Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Düzenlemeler

2.3.1. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun, sağlık müracaat zincirini kurarak bütün altyapının verimli kullanımını sağlamak, özel kesimden sözleşmeli hizmet satın alınmasını sağlamak, sağlık hizmet birimlerinin işletmecilik anlayışıyla yönetilmelerini sağlayacak şekilde özerkleşmelerini teşvik etmek gibi hedefleri yanında genel sağlık sigortasını kurmak hedefi de bulunmaktadır.

²²⁵ Sargutan, a.g.k., s.97.

²²⁶ Akdur, a.g.k., s.44.

²²⁷ Sargutan, a.g.k., s.98.

Yasaya göre; Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar, hiçbir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanlar müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydolacaklar ve bu suretle kayıtlarını yaptıranlardan her yıl Bakanlar Kurulunca tespit edilen miktarda prim tahsil edilecektir. Kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edilecektir. Kayıtlarını yaptırmalarına rağmen primlerini ödeyemeyecek kadar fakrû zaruret içinde bulunanların prim durumlarının mahalli idarelerce tespit edilmesi şartıyla kısmen veya tamamen sosyal yardım maksadıyla kurulmuş fon ve kuruluşlar tarafından ödenecektir. Genel Sağlık Sigortasına geçişi sağlamak ve hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşların sağlık giderleri ile ödeyecekleri prim arasındaki farkı karşılamak amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı T.C. Merkez Bankası nezdinde "Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu" kurulduğu da yasada belirtilen hususlardan biridir.²²⁸

Bu kanunun tam anlamıyla uygulanması imkanı henüz bulunamamıştır. Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması çalışmaları devam etmektedir.

2.3.2. 3816 Sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun"

1992 yılında genel sağlık sigortasına geçişin ön aşamasını oluşturan 3816 sayılı kanun çıkarılmış, böylece genel sağlık sigortasına geçiş teşkil etmek amacıyla "Yeşil Kart" uygulaması başlatılmıştır.

Bu konuda, yeterli mali gücü olmayan vatandaşlarımız belirli sağlık yardımlarına kavuşmuşlardır.

Sağlık Bakanlığı'nın, sosyal sağlık güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmet giderlerini karşılayamayacak durumda olan vatandaşlarımızın yatarak yararlanacakları teşhis, tedavi ve ameliyat hizmet bedellerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla başlattığı "Yeşil Kart" uygulamasıyla, 1996 senesi itibariyle toplam 4.831.164 kişiye kart verilmiştir. Bu durum Tablo 30'da görülmektedir.

Eylül 1998 tarihi itibariyle Yeşil Kart verilmek suretiyle, 7.261.963 kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur. Ancak, Yeşil Kart uygulamasının sağlam

²²⁸ Resmi Gazete. 3359 Sayılı Kanun, sayı. 19461, 15.5.1987

finansman kaynağına dayandırılmamış olması nedeniyle ortaya çıkan aksaklıklar devam etmektedir.²²⁹

Tablo.30. Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları

	TOPLAM	YILLAR/				
		1992	1993	1994	1995	1996
Başvuran Kişi Sayısı	5.977.439	910.873	2.060.849	1.498.213	1.507.504	970.889
Kart Verilen Kişi Sayısı	4.831.164	365.509	1.845.832	1.460.111	1.159.712	716.338
Gönderilen ödenek Miktarı (bin TL)	5.960.090.000	127.650.000	761.975.000	1.352.000.000	3.718.465.000	7.187.500.000
Harcanan Miktar (bin TL)	8.918.247.237	7.247.278	668.247.959	2.250.000.000	5.992.752.000	9.710.532.000

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 1996, Ankara, Kasım 1997, s.63.

2.3.3. Yeni Bağ-Kur Yasa Değişikliği

Ülkemizde tüm vatandaşlarımızın sosyal sağlık güvencesine kavuşturulmaları konusunda somut bir adım daha atılmıştır. 4386 sayılı yeni kanunla tarımda kendi adına ve hesabına çalışan sigortalılara sağlık sigortası uygulaması getirilmiştir.

Tarım kesimi, gerek işçisi gerekse işvereni ile sosyal güvenlik kapsamına en son alınan gruptur. Bunda bu kesimin özellikleri yanında, ülkelerin gelişme düzeylerinin de etkisi büyüktür. Ülkeler ancak belli bir ekonomik gelişmeden sonra, tarım kesimine sosyal güvenlik götürebilmişlerdir.²³⁰

Bizde de bu daldaki çalışmaların uzun bir geçmişi vardır. Bu konuda önce tarım işlerinde “ sürekli hizmet akdiyle çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmış,²³¹ daha sonra da süreksiz hizmet akdi ile çalışanlar 2925 sayılı kanunla²³² sosyal güvenliğe kavuşturulmuştur. Sonra, sıra tarımda bağımsız çalışanlara gelmiş, 2926 sayılı Kanunla²³³ tarımda kendi adına ve hesabına çalışanlar, 1.1. 1984’den itibaren kademeli olarak kapsanmaya başlamıştır. Kanun, geçici 4. Maddesinde, 10 yıl içinde bütün bölgeleri, illeri ve ürün çeşitlerini Türkiye çapında kapsamayı öngörmüştür.

²²⁹ DPT, 1999 Yılı programı, s.44.

²³⁰ Güzel-Okur, a.g.k., s.417

²³¹ Bkz. 506 Sayılı kanun’un 2100 ve 1934 sayılı kanunlarla değişik m.3, I. A.

²³² Resmi Gazete, 20.10.1983, 1987

²³³ Resmi Gazete, 20.10.1983, 1987

2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamına girenler yaşlılık, malullük, ölüm sigortasından yapılacak yardımlarından yararlanabiliyorlardı. Kapsama girenler için sağlık sigortası düzenlenmemiştir.

İşte 4386 sayılı kanunla²³⁴ tarımda kendi adına ve hesabına çalışan sigortalılar için sağlık sigortası düzenlenmiştir.

Bu yeni yasa değişikliği ile tarımda kendi adına hesabına çalışan sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yine 2926 sayılı kanuna tabi; yaşlılık ve malullük aylığı alanlar ile eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yine 2926 sayılı Kanuna tabi ölüm aylığı almakta olanlar sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır.

D. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI İLE KAPSAMA ALINMAK İSTENEN KESİMİN ÖZELLİKLERİ

Türkiye nüfusu 1997 yılı sayımlarına göre 62 milyonu aşmış olup mevcut sosyal güvenlik sistemleri kanalı ile nüfusun %65’ini teşkil eden 41 milyonu aşkın kişinin sosyal sağlık güvenceleri sağlanmıştır.²³⁵ Tablo 31’de ülkemizde sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta programlarının kapsadığı nüfus görülmektedir.

Ülkemizde, sosyal güvenlik sistemleri dışında kalan kimselerin sağlık güvenceleri ise;

- 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun”,
- 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu”,
- 3294 sayılı “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu”,

Çerçevesinde sağlanmaya çalışılmıştır. 1992 yılında yürürlüğe giren 3816 sayılı kanunla, yeterli mali güce sahip olmayan küçümsenmeyecek sayıdaki vatandaş, yeşil kart verilmek suretiyle belirli sağlık yardımlarına kavuşturulmuşlardır. En son olarak da tarımda kendi adına ve hesabına çalışan sigortalılar 4386 sayılı Kanunla sağlık sigortası kapsamına alınmışlardır.

²³⁴ Resmi Gazete, 4386 Sayılı Kanun. sayı. 23517, 08.11.1998.

²³⁵ Varlık, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı...”, 1998, s.11.

Tablo.31. Sosyal Sigorta Programlarının Kapsadığı Nüfus (bin kişi)

	1995	1996	1997
I. EMEKLİ SANDIĞI TOPLAMI	7 185	7 807	7 947
1. Aktif Sigortalılar	1 880	1 964	1 995
2. Aylık Alanlar	952	1 048	1 114
3. Bağlımlılar (3)	4 352	4 790	4 838
4. Aktif Sig./Pasif Sig. (1/2)	1,97	1,87	1,79
5. Bağlımlılık Oranı (3+2) (1)	2,82	2,97	2,98
II. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU TOPLAMI	28 726	30 573	32 752
1. Aktif Sigortalılar	4 411	4 695	5 099
2. İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	981	1 056	1 032
3. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	253	244	246
4. Aylık Alanlar	2 338	2 540	2 732
5. Bağlımlılar (3)	20 743	22 039	23 643
6. Aktif Sig./Pasif Sig. (1+2+3)/(4)	2,41	2,36	2,33
7. Bağlımlılık Oranı (5+4)/(3+2+1)	4,09	4,10	4,14
III. BAĞ-KUR TOPLAMI	11 833	11 823	12 680
1. Aktif Sigortalılar	1 791	1 767	1 873
2. İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	79	87	129
3. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	799	797	802
4. Aylık Alanlar	881	947	1 032
5. Bağlımlılar (3)	8 283	8 225	8 843
6. Aktif Sig./Pasif Sig. (1+2+3)/(4)	3,03	2,80	2,72
7. Bağlımlılık Oranı (5+4)/(3+2+1)	3,43	3,46	3,52
IV. ÖZEL SANDIKLAR TOPLAMI	291	308	315
1. Aktif Sigortalılar	71	71	74
2. Aylık Alanlar	52	59	53
3. Bağlımlılar (3)	168	178	187
4. Aktif Sig./Pasif Sig. (1/2)	1,36	1,22	1,40
5. Bağlımlılık Oranı (3+2)/(1)	3,11	3,31	3,23
V. SAĞLIK HİZMETLERİ BAKIMINDAN SOSYAL SİGORTALAR KAPSAMI (2)	41 668	43 754	47 008
VI. GENEL TOPLAM	48 035	50 506	53 694
1. Aktif Sigortalılar	8 153	8 497	9 041
2. İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	1 060	1 143	1 161
3. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	1 053	1 041	1 049
4. Aylık Alanlar	4 223	4 594	4 932
5. Bağlımlılar (3)	33 546	35 232	37 511
6. Aktif Sig./Pasif Sig. (1+2+3)/(4)	2,43	2,33	2,28
7. Bağlımlılık Oranı (5+4)/(3+2+1)	3,68	3,73	3,77
VII. GENEL NÜFUS TOPLAMI (4)	61 075	62 003	62 983
VIII. SİGORTALI NÜFUS ORANI (yüzde)	78,6	81,5	85,3
IX. SAĞLIK KAPSAMINDAKİ NÜFUS ORANI (yüzde)	68,2	70,6	74,6

Kaynak: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, DPT, 1999 Yılı Programı, s.116.

- (1) İsteğe bağlı sigortalıların bağlimlıları da sigorta kapsamında değerlendirilmiştir.
- (2) 1479 sayılı Kanuna tabi aktif ve pasif sigortalılar ile bunların bağlimlılarının tamamının sağlık sigortası kapsamına dahil olduğu varsayılmıştır.
- (3) Tahmin
- (4) 1997 yılında yapılan nüfus tespiti sonuçlarına dayalı nüfus tahminleri esas alınmıştır.

Ancak ülke nüfusunun yaklaşık %35'ini oluşturan 21.4 milyon dolayındaki kişi ise sosyal sağlık güvencesinden yoksun bulunmaktadır.

Ülkemiz için düşünülen Genel Sağlık Sigortası modelinde ana hedef bu 21.4 milyon dolayındaki insanı sosyal sağlık güvencesine kavuşturmadır. Sağlık güvencesi olmayan bu kesimin özellikleri aşağıda kapsama alınmak istenen kesimin demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım özellikleri ile kapsama alınmak istenen kesimin sağlık harcamalarına devletin katkısı başlıkları altında ele alınmaktadır.

1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri

Ülkemizde gerekli düzenlemeler getirilmediği takdirde 2000 yılında sigortasız sayısı 28 milyonun üzerinde olacaktır. Ülkemizin Alma Ata deklarasyonuna göre 2000 yılına kadar tüm nüfusunu sağlık güvencesi kapsamına alma hedefine uygun olarak gerekli düzenlemeleri hayata geçirme zorunluluğu bulunmaktadır.²³⁶ 1981 yılında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, ülkelerin Sağlık Bakanlarına hitaben kullanmaları mümkün tüm kaynaklarını gözden geçirdikten sonra bütün finansal kaynakların kullanımını için bir mali master plan yapmalarını öngören "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" (Health for All-2000) isimli bir strateji yayınlanmıştır.²³⁷ Bu programa ülkemiz de dahildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" programı çerçevesinde ülkemizde de 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından, sağlık sektörünün tüm yönleriyle ele alındığı, sektör finansmanı için tüm politika seçeneklerinin detaylı bir şekilde incelendiği, "1990 Sağlık Sektörü Master plan Çalışması" yapılmıştır.²³⁸ Ülkemizde sosyal sağlık sigortası güvencesinden yoksun olan insanların çoğunluğu kırsal kesimde ve dağınık olarak yaşayan, gelirleri düzensiz ve düşük gelirli olan kimselerdir. 1987 tarihli gelir dağılımı araştırması verilerine göre sosyal sağlık sigortası güvencesinden yoksun nüfusun tarım kesiminde olanlarından %70'i, tarım dışı kesimdekilerin ise %50'si prim ödeyemez durumdadır.²³⁹

Tablo 32'de görüldüğü gibi ülkemizde sosyal sağlık sigortası güvencesi olmayan kesim çoğunluğu kırsal alanda yaşayan, düşük gelirli ve henüz işgücüne dahil olmamış genç nüfusun ağırlıklı olduğu kimselerden oluşmaktadır.

²³⁶ 1978 yılında Alma Ata'da toplanan Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF genel kurulları bugün tüm dünyada benimsenmiş olan Birincil Sağlık Hizmetinin temel ilkelerini kaleme aldılar ve bir "Alma Ata Deklarasyonu" ile duyurdular. Bu deklarasyonu aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 134 ülke ve 67 uluslar arası örgüt temsilcisi imzalamıştır.

²³⁷ WHO. Global Strategy for Health for All by the Year, 2000, Geneva. s.2.

²³⁸ Engiz. "Türkiye'de Sağlık Finansman ...". s. 28.

²³⁹ Sargıtan. a.g.k.. s.139.

Tablo.32. Sigortasızların Yaş, Yerleşim Yeri, Gelir ve İstihdamına Göre Dağılımları

Yaş			Yerleşim Yeri			Gelir			İstihdam	
0-17	18-54	55+	Kent	Kır	Düşük	Orta	Yüksek	Evet	Hayır	İşgüc.Değil
45.9	43.7	10.4	40.5	59.5	52.0	31.2	16.8	16.7	37.2	46.1

Kaynak: O., ENGİZ, "Türkiye'de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim, Toplum Ve Hekim, cilt.II, sayı.73, Mayıs-Haziran 1996, s. 57.

Çoğunlukla kırsal alanda, dağınık yaşayan, düşük gelirli olan sigortasız kesim, tarım uğraşları nedeniyle sağlık hizmetleri için uzun yolculuklar yapmamakta, bu yüzden sağlık ocaklarına ağırlıklı olarak başvurmaktadır. Önemli sağlık konularında ise maliyeti daha ekonomik olan Sağlık Bakanlığı hastanelerine başvurmaktadır.

Tablo 33'de sigortasız kesimin %36.4'ü Sağlık Bakanlığı hastanelerini, %33.3'ü ise sağlık ocaklarını tercih ederken, özel hekim muayenelerine ise %16.3'ü başvurmaktadır. Özel muayenelere başvuranların daha çok varlıklı toprak sahipleri olduğu söylenebilir.²⁴⁰

Tablo.33. Sigortasızların Sağlık Kuruluşu Tercihleri

Sigortasızların Sağlık Kuruluşu Tercihleri	Sigortasız Nüfusun %'si
Sağlık Bakanlığı Hast.	36.4
Sağlık Ocakları	33.3
Özel Hekim Muayenelerine	16.3
Diğer	8.6
Özel Bir Tercih Yok	5.4

Kaynak: O., ENGİZ, "Türkiye'de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim, Toplum Ve Hekim, cilt.II, sayı.73, Mayıs-Haziran 1996, s. 58.

Görüldüğü gibi sigortasız kesimin sağlık kuruluşu tercihleri arasında üniversite hastanelerinin ağırlığı söz konusu değildir. Bilindiği gibi üniversite hastanelerinin fiyat tarifeleri diğer sağlık kuruluşlarına göre çok yüksektir. Üstelik kırsal alanda yaşayan insanlar için bu hastanelere fiziksel olarak da ulaşım zorluğu bulunmaktadır. Tarımla uğraşan varlıklı toprak sahibi işini bırakıp, üniversite hastanelerine uzun yolculuk yapamazken, kırsal alanda yaşayan düşük gelirli insanlar ile şehirde yaşayan düşük gelirli insanlarda yüksek tarifeden dolayı üniversite hastanelerine başvurmamaktadırlar.

Tablo 34'de sigortasız kesimin sağlık hizmeti kullanım oranları görülmektedir. Tablodaki kullanım oranları ülke ortalamaları ile karşılaştırıldığında sigortasızların hastaneye yatma oranı ülke ortalamasının %29 altında olmaktadır.²⁴¹ Yıllık ortalama hastaneye yatma

²⁴⁰ O., ENGİZ, "Türkiye'de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim, Toplum Ve Hekim, cilt. II, sayı.73, Mayıs-Haziran 1996, s. 57.

²⁴¹ Engiz, a.g.k. s.58.

oranı Türkiye genelinde toplam nüfusun %4.7'si iken, Doğu illerimizde yaşayan sigortasız kesim için %0.8'dir.²⁴²

Tablo.34. Sigortasızların Yıllık Ortalama Sağlık Hizmeti Kullanım Oranları

	1992	1994	1996	1998	2000	2005
Hastane Kabul/10000	423	439	456	473	490	536
Poliklinik Vizite/ Kişi	1.60	1.65	1.71	1.78	1.84	2.01

Kaynak: Engiz. a.g.k., s.58.

Görüldüğü gibi sigortasız kesimin sağlık hizmeti kullanım oranları ülke ortalamasından oldukça düşüktür. Ancak sağlık hizmeti kullanım oranları açısından ülke ortalamasının da iyi olduğunu söylemek mümkün değildir. Yıllık hekime başvuru sayısı gelişmiş ülkelerde 5.2, bizde ise kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 2.81'dir.²⁴³ Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı, SSK'lı için 3.04 iken, bu sayı sigortasızlar için ancak 1.32'dir.²⁴⁴ Ülkemizde yatak kapasite kullanım oranı hiçbir zaman %60'ın üzerine çıkamazken, bu oran gelişmiş ülkelerde %80 seviyesindedir.²⁴⁵

2. Kapsama Alınmak İstenen Kesimin Sağlık Harcamaları ve Devlet Katkısı

Sağlık hizmeti kullanım oranları çok düşük olan sigortasız kesim, sınırlı bir şekilde yararlanabildikleri sağlık hizmetlerinin bedellerini, sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu ve ilaç, doktor, yol parasını ödeme zorluğu içinde bulunmasına rağmen sağlık harcamalarının %60'ına yakını kendileri karşılarken, %50.4'ü tedavi (ayakta tedavide ilaç dahil) giderlerini ödemekte zorlanmakta, ödeme için %37'si borç alırken, %7.4'ü eşyasını satmakta, %2.7'si ipotek yoluna gitmektedir.²⁴⁶

Sağlıkta devlet sübvansiyonu iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Birincisi doğrudan yapılan sübvansiyondur ki bu temel olarak çeşitli kanunlarla çeşitli statüde ve sosyo-ekonomik konumda bulunan insanlara verilen haklarla ilgilidir. Örneğin 65 yaş üstü vatandaşlara verilen hak ya da düşük gelirlilere verilen yeşil kart gibi. Bu tür uygulamaların yanında yine kanunla düzenlenmiş fon ve vakıflar yolu ile devlet, vergi gelirlerinin bir kısmını sağlığa ayırmakta ve doğrudan sübvansiyon yapmaktadır. İkinci tür devlet sübvansiyonu da devlet hastanelerine yapılan ödeneklerin dolaylı sübvansiyona dönüşmesidir. Ülkemizdeki devlet hastanelerinin toplam harcamalarının üçte biri döner sermaye ile geri

²⁴² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlıkta Strateji, Aralık 1995, s.8.

²⁴³ Türk Eczacılar Birliği, "Avrupa Birliği ile Oluşturulacak Gümrük Birliği ...", 1995, s.8.

²⁴⁴ DPT, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, 1991, s.151, Engiz, a.g.k., s.58.

²⁴⁵ Yıldırım, a.g.k., s.36

²⁴⁶ Engiz, a.g.k., s.58.

kazanılmakta, geri kalan kısmı ise genel bütçe sübvansiyonu ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce karşılanmaktadır.²⁴⁷

Tablo.35. Sağlıkta Devlet Sübvansiyonunun Sigortalılık ve Gelir Gruplarına Göre Dağılımı

(1994 Fiyatlarıyla Kişi başı 1000 TL)

	Çok Düşük	Düşük	Orta	Yüksek Orta	Yüksek
Sigortalı	1.330	1.391	1.348	1.420	1733
Sigortasız	697	721	877	1.019	1.224

Kaynak: Engiz, 1996, s.58.

Devlet vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını adil olmayan bir şekilde sübvansiyon etmektedir. Tablo 35'de görüldüğü gibi sigortalılar sigortasızlara göre, yüksek gelir grupları da düşük gelir gruplarına göre daha fazla sübvansiyon edilmektedirler. Halbuki sigortasız kesimin ve düşük gelir gruplarının daha fazla devlet katkısına, sübvansiyon edilmeye ihtiyaçları vardır. Hizmetlerin sübvansiyon edilmesine dayalı sistem sosyal adaletle uyum sağlamakta, yüksek gelir gruplarının sübvansiyonuna yol açmaktadır.²⁴⁸ Seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara yeterli ve doğrudan sübvansiyon sağlanamamaktadır.²⁴⁹

Ülkemizde genel sağlık sigortası uygulaması ile sosyal sağlık güvencesinden yoksun insanların sigorta kapsamına alınarak, bu insanların en az ülke ortalaması düzeyinde sağlık hizmeti kullanımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin finansmanına devlet sübvansiyonunu sağlamak hedefleri gerçekleştirilmek istenmektedir. Ancak bugün ülkemizde mevcut sağlık hizmetleri alanında yaşanan sorunlardan dolayı ister sigortalı ister sigortasız olsun ülke genelinde tüm nüfus için sağlık hizmeti kullanım oranları çok düşük olup, insanlarımız ihtiyaçları olan etkin, adil ve uygun maliyetli sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Sosyal sağlık güvencesi olmayan insanlar, sağlık altyapısı ve sağlık insangücünün eşit olmayan dengesiz dağılımı, en yakın sağlık kuruluşuna dahi fiziksel ulaşım zorluğu yaşanması, sağlık hizmetlerinin satın alınmasında ve sağlık hizmetlerine fiziksel ulaşımında gelir durumunun iyi olmaması gibi nedenlerle ihtiyaçları olan sağlık hizmetini alamamaktadırlar. Dolayısıyla bu insanların sağlık standartları çok kötü bir durumda bulunmaktadır. Sosyal sağlık güvencesi olmayan sigortasız kesimin, mevcut sağlık hizmetleri ortamında sigortalanmasının, bu insanların, sağlık standartlarına beklenen iyileşmeyi sağlayabileceği konusu şüphelidir.

²⁴⁷ Engiz, "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu...", 1996, s.26.

²⁴⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Reformları, 1998, s.20.

²⁴⁹ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1997, s.155.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Bu çalışmada ulaşılan sonuçlar, konunun ele alınış sistematığına uygun olarak aşağıdaki paragraflarda özetlenmiştir:

Sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlerden farklı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde homojenlik yoktur, ikame edilmesi, ertelenmesi sözkonusu değildir, sağlık hizmetlerinde arz miktarı sınırlıdır (örneğin doktor, hemşire gibi personelin yetiştirilmesi uzun zaman gerektirir) ve sağlık hizmetlerinde talep, talebi ortaya çıkaran hastalık durumunun önceden bilinmemesi yüzünden belirsizdir. Son yıllarda tüm dünya da sağlık hizmetlerinin ekonomi içindeki payı, fertlerin sağlık bilincinin yükselmesi, tıbbi teknolojinin gelişmesi gibi nedenlerle artmıştır.

Sağlık sistemlerini, ülkelerin siyasi, iktisadi, kültürel ve sosyal yapısı, tarihi, uluslar arası ilişkileri, teknoloji gibi bir çok faktör etkiler. Bunlara bağlı olarak sigorta ağırlıklı, devlet ağırlıklı ve karma sistemler şeklinde üç ana tip sağlık sistemi dünya ülkelerinde uygulanmaktadır. Sağlık sigortasını uygulayan ülkelerde kişi başına milli gelirin ve eğitim düzeyinin yüksek olması, nüfusun %80'inin şehirlerde yaşaması, işgücünün endüstri ve hizmet sektöründe yoğunlaşmış olması genel sağlık sigortası uygulamasını kolaylaştırmaktadır. Bu ülkelerde sağlık sigortası sisteminin ortak özellikleri ise şunlardır: Uygulama kapsamlı ve geneldir, yönetim birliği sağlanmıştır ve sigorta normları ulusaldır, doktor ve hastane seçimi serbesttir.

Ülkemizde mevcut sağlık hizmetleri alanında çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sonuca ulaşmamızın nedenleri şöyle sıralanabilir:

Sağlık hizmeti sunan hastanelerin yurt düzeyinde dağılımı dengesizdir. Koruyucu ve ilk basamak sağlık hizmetleri yeterince geliştirilememiş, bu yüzden sağlık hizmetleri hastane merkezli olmuştur. Coğrafi uzaklık, hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine fiziksel ulaşımda zorluklar vardır. Hastanelerde yatak kullanım oranı kapasite ve yer seçimindeki yanlışlıklar, etkili işleyen bir hasta müracaat zincirinin bulunmayışı nedenleri ile %58 gibi düşük seviyede kalmıştır. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %80 seviyesindedir.

Ülkemizde tıbbi teknoloji, cihaz, malzeme ile aşı, ilaç üretimi yetersizdir. Tıbbi cihaz ihtiyacının %95'ini ithalat ile karşılanırken, ilaç üretiminde de ara malı ve hammadde yönünden dışa bağımlılık sözkonusudur.

Sağlık insangücününün mesleki, coğrafi dağılımı dengesizdir. Hekimler üç büyük ilde (Ankara, İstanbul, İzmir) yoğunlaşmıştır. Gelişmiş ülkelerden farklı olarak bizde uzman hekim sayısı, pratisyen hekimden fazladır. Hekim sayısına oranla, ebe, hemşire sayısı yetersiz olup, bu durum hekimlerin verimliliğini azaltmakta, hastane hizmetleri etkinlikle yerine getirilmemektedir. Sağlık insangücününün eğitim kalitesi eğitim materyali yetersizliği, öğretim elemanı açığı nedeniyle düşüktür. Ülkemizde ileri seviyede sağlık insangücü açığı vardır.

Ülkemizde sağlık harcamaları değişik kaynaklardan, düzensiz bir şekilde farklı normlara tabi olarak yapılmakta; bu ise hizmet veren kurumlarda disiplinsizliğe, verimsizliğe yol açmakta, bu durumda hizmetin verimliliği azalırken, maliyeti artmaktadır.

Ülkemizde GSMH'dan sağlığa harcanan kaynak miktarı, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşüktür. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının 1996 yılı itibarı ile GSMH'dan aldığı pay %3.7'dir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %7.2dir. Bizde kamu sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay %2.6 iken, bu oran gelişmiş ülkelerde %5.4'e çıkmaktadır.

Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynaklar yetersizdir. Yetersiz olan kaynak tahsisi ve bu kaynakların verimsiz kullanımı sonucu bugün ülkemizde 900 kişiye bir hekim, 1500 kişiye bir hemşire, 10.000 kişiye 24 hasta yatağı düşmektedir. Ülkenin doğu ve kırsal kesimlerinde ise durum daha vahimdir. Güneydoğuda bir hemşireye düşen nüfus 3200 kişiye çıkarken, 10bin nüfusa düşen yatak sayısı ise 11.5'e düşmektedir. Bunların sonucunda da ülkemizde ortalama ömür 68 yıl gibi düşük bir seviyede kalırken, bebek ölüm oranları ise %050 gibi yüksek bir düzeyde olmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde öncelikli olan alan, en ucuz, en etkili, hizmetlerin verildiği ve tedavi edici sağlık hizmetleri ihtiyacı ile harcamalarını azaltan koruyucu sağlık hizmetlerine ise, sağlığa GSMH'dan ayrılan payın ancak %1'i harcanmaktadır. Verilen hizmetlerin devletçe seçici olmayan şekilde sübvansiyon edilmesi, kaynakların yanlış kullanılmasına, bu nedenle asıl ihtiyacı olanlara yeterli sübvansiyon sağlanamamasına yol açmaktadır.

Ülkemiz için düşünülen genel sağlık sigortası uygulaması modelinde yer alan aile hekimliğinin, eğitim, personel, donanım, (aile hekimliği muayenahaneleri gibi) maddi kaynak gibi şartları ülkemizde şu an mevcut değildir. Öncelikle aile hekimliği için gerekli olan bu şartlar sağlanmalıdır.

Genel sağlık sigortası ile, sosyal sağlık sigortası güvencesine kavuşturulmak istenen milyonlarca insanımız, ülkemizde sağlık alanında mevcut bu ortamda ihtiyaçları olan etkin, hakkaniyetli ve uygun maliyetli sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.

Yasa tasarılarında ülkemiz için getirilen genel sağlık sigortası uygulamasında sosyal sigortacılık ilkeleri esas alınmakta; sisteme katılım zorunlu tutulmakta, sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerden mali olanakları gözönünde tutularak prim alınması, gücü yetmeyenlerin primlerinin ise devletçe karşılanması öngörülmektedir.

Bu haliyle genel sağlık sigortası ağdaş bir finansman kaynağıdır. Sağlık alanında mevcut sorunların çözümünde sihirli bir yöntem değildir.

Ülkemizde sosyal güvenlik sistemleri kanalı ile nüfusun %65'ini teşkil eden 4 milyonu aşkın kişinin sosyal sağlık güvenceleri sağlanmıştır, nüfusun %35'ini teşkil eden 21.4 milyon insan ise sosyal sağlık sistemi güvencesinden yoksundur. Ana hedef bu 21.4 milyon insanımızı güvenceye kavuşturmak olmalıdır.

Ancak; sağlık hizmetlerini etkin, yaygın, ağdaş bir hale getirilmeden, mevcut sağlık tesisleri güne uygun donatılmadan, gelir dağılımındaki farklılıklar giderilmeden, sistemin kalbi olan sağlık insangücü yetiştirilmeden, sağlık hizmetlerinin hastane, insangücü, tıbbi araç-gereç bakımından gerekli tüm Şartları gerçekleştirilmeden, ülkede sağlık altyapısı, insangücünün dengeli dağılımını sağlayacak tedbirler gerçekleştirilmeden, sağlığa yeterli kaynak ayrılmadan, sağlık hizmetlerinin kişilere ve bölgelere ulaştırılmasında, eşit, adil, etkili bir hizmet sunma ortamı yaratılmadan uygulamaya konacak genel sağlık sigortası uygulamasının başarı Şansı yoktur.

Ülkemizde genel sağlık sigortası konusunda hazırlanan kanun tasarıları yasalaşma imkanı bulsalar bile, genel sağlık sigortası uygulaması için gerekli altyapı oluşturulamadığı için, sağlık güvencesinden yoksun insanların sigortalanması, sağlık hizmetleri alanında mevcut ortamda, bu insanların sağlık standartlarında bir yükselme sağlamayacak, genel sağlık sigortası uygulaması başarısız olacaktır.

KAYNAKÇA

- AKDUR, R., "Sağlık Hizmetleri Alanında Yaşanan Karmaşa", Mülkiyeliler Birliği, Cilt.16, sayı.142, Nisan 1992.
- AKSAKOĞLU, G., "Ulusal Sağlık Hizmeti", Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Cilt.16, sayı.142,Nisan 1992.
- ALAER, Y., "1990'lı Yılların Başında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştığı Temel Problemler", Çimento İşveren, Kasım 1990.
- ALPUGAN, O., "Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler", Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995.
- ARIKAN, O., "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye", Maliye Yazıları, sayı.5, Şubat- Mart 1987.
- BAĞ-KUR, İstatistik Yıllığı (1995-1996-1997), Yayın No: 98/1, Ankara, 1998.
- BAĞ-KUR, XI. Genel Kurulu Çalışma Raporu, Yayın No: 98/2, Ankara, 1998.
- BÜLUTOĞLU, K., Kamu Ekonomisine Giriş, Üçüncü Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981.
- CENTEL, T., Sosyal Sigortalarda Reform Gereksinimi, MESS, İstanbul, 1996.
- DİLİK, S. Sosyal Güvenlik, Ankara, 1992.
- DPT, I., II., III., IV., V., VI. ve VII. Beş Yıllık Kalkınma Planları.
- DPT, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 1991. (DPT, "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu", Ankara, 1991)
- DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), 1997 Yılı Programı Destek Çalışmaları, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Ankara, 1997.
- DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu, Sosyal Güvenlik Raporu, Ankara, 1995. (DPT, "VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu ...")
- DPT, 1997 Yılı Programı
- DPT, Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve Tıp Eğitimi, Ankara, 1987. (DPT, "Türkiye'de Hekim İhtiyacı ve ...")
- DPT, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997), Ankara, Mart, 1997.
- DPT, VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000), 1999 Yılı Programı, Ankara, 1998.
- DPT, ve PRICE WATERHOUSE, Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü, Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1989.
- ENGİZ, O., "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim,

cilt. II, sayı.72,Mart-Nisan 1996. (ENGİZ, “Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu ...”)

ERDOĞAN, S. - EKUKLU, G., “Almanya Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, Şubat, 1995, cilt.9, sayı.65.

ERDOĞAN, A., Genel Sağlık Sigortası Üzerine Düşünceler, DPT, Ankara 1991.

ERDOĞAN, A., Sağlık Hizmetlerinin Liberalleştirilmesi, DPT, Ankara 1987.

ERDOĞAN, A., Sağlık Hizmetlerinde Reform veya Devrim, DPT, Ankara 1994.

FOWLER, J., “ABD’de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu”, Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, Şubat 1995.

GİRİTLİOĞLU, E., Bağ-Kur’un Çıkmazı ve Yeni Oluşumlar, Milliyet Gazetesi, 26.4.1992.

HALİS, Z., Sosyal Güvenliğe Elveda mı?, Yeni Yüzyıl Gazetesi, 24.4.1997.

HAYRAN, O., Sağlıkta Dünyanın Neresindeyiz?, 14 Mart 1996 Tıp Bayramı Sempozyumu, İstanbul.

İlaç ve Kimya İşverenleri Sendikası, Faaliyet Raporu, 1995.

KALAÇA, S., “Japonya Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, şubat 1995.

KILIÇ, B., “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi” Toplum ve Hekim, cilt.9, sayı.65, Şubat 1995.

KILIÇ, B., AKSAKOĞLU, G., “Sağlık sisteminin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, Toplum ve Hekim, Cilt.9, sayı.65, Şubat 1995.

KILIÇ, B., BUMİN, Ç., “Sağlık Sistemleri”, Toplum ve Hekim, Sayı.53, Şubat 1993.

KORAY, M. – TOPÇUOĞLU, A., Sosyal Politika, Bursa- 1995.

KURTULMUŞ, S., “Sağlık Ekonomisi”, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996.

OKUR, A.R., - GÜZEL, A., Sosyal Güvenlik Hukuku, 3. Bası, İstanbul 1992, Ekim 1992.

Sağlık Sigortası Komisyonu-Avustralya, Nihai Sağlık Finansmanı Raporu: Politika Seçenekleri Çalışması-Türkiye, Ankara, Ağustos 1995.

SARGUTAN, E., Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin iyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993. (SARGUTAN, “Türk Sağlık Hizmetleri ...”)

SARGUTAN, E., Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 1993.

SOYER, A., “Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, Toplum ve Hekim, cilt. II., sayı.67, Haziran 1995.

SSK, 1997 Yılı Faaliyet Raporu.

SSK, 1997 Yılı İstatistik Yıllığı.

SÖNMEZ, M., “Gelirde Eşitsizlik, Sağlıkta Eşitsizlik ve Demokrasi”, Toplum ve Hekim, cilt.12, sayı.80, Temmuz-Ağustos, 1997.

PETROL- İŞ, Sağlık ve sosyal Güvenlikte Özelleştirme, 1995- 1996 Yıllığı.

TALAS, C., Sosyal Ekonomi, 6. Bası, Ankara, 1983.

TATAR, F. “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, Toplum ve Hekim, cilt.11, sayı 72, Mart-Nisan 1996.

TATLIOĞLU, İ., Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu:Uygun Metot Arayışları, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa, 1992.

TOKAT, M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1992-1996, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

TOKGÖZ, E., “Sosyal Gelişmede Sağlık”, Türkiye’de İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT Yayınları, Yayın No:1738, Ankara, 1981.

TUNÇOMAĞ, K., Sosyal Güvenlik Kavramı, Sosyal Sigortalar, 4. Bası, İstanbul, 1988.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Ana İlkeleri ve İşleyişi, Yayınlanmamış Çalışma, Ankara- 1997. (T.C. Sağlık Bakanlığı, “Genel Sağlık Sigortası Sisteminin ...”

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 1996, Yayın No:595, Kasım 1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık İnsangücü, Yayın No:540, Ankara, 1990.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, Yayın No:599, Ankara, 1998.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Aile Hekimliği, Yayınlanmamış Çalışma, Ankara, 1998.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Nisan 1997. (T.C. Sağlık Bakanlığı “Sağlık Finansmanı Kurumu ...”)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı, Ankara, 1998. (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ...”, Ankara, 1998.)

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara, 1998. (T.C. Sağlık Bakanlığı, “Kişisel Sağlık Sigortası ...”)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformları, Ankara, 1998.
- T.C. Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı, Ankara 1974.
- T.C. Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı, Türkiye’de Genel Sağlık sigortası Kurulması Üzerine Rapor, Ankara 1968.
- VARLIK, M., “Sağlık Hizmetlerinden Beklentilerin Taraflar Açısından İrdelenmesi”, Basılmamış Döküman, DPT, Ankara-1996. (VARLIK, “Sağlık Hizmetlerinden Beklentilerin ...”)
- VARLIK, M., “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları,” Basılmamış Döküman, DPT, Ankara-1998. (VARLIK, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve ...”)
- World Health Organization, Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/ Family Medicine in Europe, Geneva, 1988.
- World Health Organization, Health for All 2000, Geneva, 1988.
- World Health Organization, Health in Europa, 1993.
- World Health Organization, Health in Europa, 1994.
- YAZGAN, T., Güneydoğu Anadolu Bölgesi Gelişme Planı-Sağlık, İstanbul, 1978.
- YAZICI, H. A., Sosyal Sigortalar Kurumunda İlaç ve Tedavi Sorunları, Türk-İş, Haziran-1992.
- YILDIRIM, S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayınları, Yayın no:2350, Ankara, 1994.